BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXXVII — 1911

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR

1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. ROCHARD

Secrétaire général

ET

MM. POTHERAT ET ALBARRAN

Secrétaires annuels

TOME XXXVII — 1911

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT GERMAIN

1911

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris* (1).

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

M. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(1) Ce titre a été modifié par décret du 25 août 1865.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une Commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société :

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le Ministre de l'Instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'Instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

Art. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

Art. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10 ; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle ; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une Commission que d'après l'avis du bureau; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une Commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Révision du règlement.

Art. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

Art. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie dispose de huit prix :

Le prix DUVAL, fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de Chirurgie de Paris.

Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval a été porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne peut être partagé.

Le prix Édouard LABORIE, fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1.200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (troisième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société nationale de Chirurgie de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix GERDY, fondé en 1873, par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy. membre de la Société de chirurgie. Ce prix est biennal et de la valeur de 2.000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix DEMARQUAY, fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10.000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix RICORD, fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5.000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix DUBREUIL, fondé, en 1901, par Henri-François-Alphonse Dubreuil, membre de la Société de Chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 15.000 francs. « Les intérêts de cette somme placée sur l'État à 3 %, serviront à cette Société pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. »

Le prix JULES-HENNEQUIN, fondé, en 1910, par Jules-Nicolas Hennequin, membre de la Société nationale de Chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 25.000 francs, « dont les arrérages seront accordés tous les deux ans, et sans partage, au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Le prix sera décerné pour la première fois en 1912.

MÉDAILLE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (Fondation LANNELONGUE). — Le prix fondé par M. Lannelongue consiste en une médaille d'or à décerner tous les cinq ans, et dotée d'une somme de 5.000 francs.

« Cette médaille sera internationale, c'est-à-dire attribuée à un chirurgien de n'importe quel pays, qui, durant les dix dernières années, aura fait la découverte chirurgicale la plus notoire ou les travaux les plus utiles à l'art et à la science de la chirurgie. L'attribution de la médaille de chirurgie ne pourra être faite deux fois de suite dans la même nationalité. »

M. Lannelongue exprime la volonté formelle qu'il ne soit tenu aucun compte de la nationalité, mais uniquement des mérites de celui qui paraîtra le plus digne. Est seul proclamé lauréat celui qui sera présenté par les personnes suivantes, qualifiées à cet effet :

a) Les membres du bureau de la Société nationale de Chirurgie de Paris;

b) Le quart des autres membres titulaires et honoraires de cette même Société, tirés au sort tous les cinq ans;

c) Les lauréats de la médaille Lannelongue;

d) Les chirurgiens, membres du Conseil de dix Facultés de médecine de nations étrangères à la France, choisis tous les cinq ans par le Bureau de la Société nationale de Chirurgie, et au nombre de deux au plus par nationalité; le bureau veillera à faire une répartition convenable, selon l'importance des nationalités. Ci-joint l'énumération des nationalités dans lesquelles sera fait le choix des juges : Angleterre; Allemagne; Autriche-Hongrie et États Balkaniques; Belgique, Hollande et États scandinaves; Espagne, Portugal et Mexique; Italie, Suisse, Grèce et Turquie; Russie; États-Unis d'Amérique du Nord et Canada; États de l'Amérique du Sud; Japon et Chine. Les chirurgiens étrangers qualifiés seront invités par lettre recommandée à proposer un lauréat; les propositions devront être faites avant le 1er novembre de l'année qui précède la séance annuelle de la Société nationale de Chirurgie.

Ces propositions, comme celles des juges français n'habitant pas Paris, seront faites par écrits et adressées au Président de la Société nationale de Chirurgie de Paris. Celui-ci convoquera ensuite les membres français qualifiés, habitant Paris, pour qu'ils fassent à leur tour des propositions par écrit dans une séance spéciale où le Président procédera au dépouillement total des suffrages exprimés.

La médaille sera attribuée au candidat qui aura obtenu la majorité absolue des suffrages, et à son défaut une majorité relative. Si deux ou plusieurs candidats recueillent un nombre égal de suffrages, la voix du Président du Bureau de la Société devient prépondérante. Le Président proclame le lauréat.

La médaille sera remise dans la séance annuelle de la Société nationale de Chirurgie de Paris.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1911

Président	MM. JALAGUIER.
Vice-Président	P. BAZY.
Secrétaire général	E. ROCHARD.
Secrétaires annuels	POTHERAT et ALBARRAN.
Trésorier	LAUNAY.
Archiviste	AUG. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM. Anger (Théophile), titulaire de.	1876
25 mai 1909 . . .	Delbet (Pierre), titulaire de.	1898
14 décembre 1898.	Delens, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .	Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .	Guéniot, titulaire de.	1868
7 décembre 1910.	Guinard, titulaire de	1898
22 novembre 1882.	Guyon (Félix), titulaire de.	1863
17 février 1904 . .	Kirmisson, titulaire de.	1885
3 mars 1886. . .	Labbé (L.), titulaire de	1865
23 janvier 1889. .	Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .	Lucas-Championnière.	1875
17 février 1892 . .	Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .	Monod, titulaire de	1880
25 février 1909 . .	Nélaton, titulaire de	1887
13 mars 1895. . .	Perier, titulaire de	1875
14 avril 1905 . . .	Peyrot, titulaire de.	1882
7 février 1900 . .	Pozzi (S.), titulaire de.	1881
5 février 1908 . .	Quénu, titulaire de	1887
19 février 1902 . .	Reclus (Paul), titulaire de.	1883
16 février 1910 . .	Reynier, titulaire de	1888
26 février 1901 . .	Richelot, titulaire de.	1882
11 mai 1910 . . .	Robert, correspondant de.	1886
7 mars 1906. . .	Schwartz, titulaire de.	1886
27 octobre 1886. .	Marc Sée, titulaire de.	1868
13 février 1907 . .	Segond (P.), titulaire de.	1887
9 mars 1910. . .	Sieur, correspondant de	1899
23 novembre 1910.	Villemin, titulaire de	1905

MEMBRES TITULAIRES

(35)

26 juillet 1899	MM. ALBARRAN.
23 mars 1904.	ARROU.
4 novembre 1908.	AUVRAY.
12 juin 1890.	BAZY.
20 décembre 1899.	BEURNIER.
18 décembre 1895.	BROCA (Aug.).
13 décembre 1893.	CHAPUT.
9 mars 1892.	DELORME.
9 mai 1900	DEMOULIN.
22 avril 1903	FAURE.
10 mars 1897.	HARTMANN.
12 décembre 1888.	JALAGUIER.
10 juin 1908	LAUNAY.
21 mai 1901	LEGUEU.
22 juillet 1896.	LEJARS.
10 mars 1909.	MARION.
6 décembre 1905.	MAUCLAIRE.
10 mai 1893.	MICHAUX.
16 février 1910.	MICHON.
22 mai 1907	MORESTIN.
14 décembre 1892.	PICQUÉ (Lucien).
16 juin 1897	POTHERAT.
18 juillet 1894.	RICARD.
9 juin 1909	RICHE.
27 juillet 1904	RIEFFEL.
15 février 1899	ROCHARD.
11 juillet 1888.	ROUTIER.
11 mai 1910	SAVARIAUD.
7 mai 1902	SEBILEAU.
24 juillet 1907.	SOULIGOUX.
27 juin 1906	THIÉRY.
22 juin 1892.	TUFFIER.
22 avril 1896	WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX (125)

2 janvier 1899. . . . . . MM. Auffret, marine.
15 janvier 1890. . . . . . Badal, à Bordeaux.
28 décembre 1910 . . . . Baillet, à Orléans.
16 janvier 1907. . . . . . Barnsby (Henry), à Tours.
22 décembre 1909. . . . . Bégouin, à Bordeaux.
8 janvier 1879. . . . . . Bœckel (Jules), à Strasbourg.
29 décembre 1875. . . . . Boissarie, à Sarlat.
16 janvier 1907. . . . . . Bonnet, armée.
4 janvier 1888. . . . . . Bousquet, à Clermont-Ferrand.
23 mars 1898. . . . . . . Braquehaye, à Tunis.
23 mars 1898. . . . . . . Brault, à Alger.
20 janvier 1909. . . . . . Brin (H.), à Angers.
23 janvier 1901. . . . . . Brousse, armée.
23 mars 1898. . . . . . . Broussin, à Versailles.
19 janvier 1887. . . . . . Bruch, à Alger.
23 janvier 1901. . . . . . Buffet, à Elbeuf.
16 janvier 1895. . . . . . Cahier, armée.
23 janvier 1901. . . . . . Carlier, à Lille.
4 janvier 1888. . . . . . Cauchois, à Rouen.
20 juillet 1892 . . . . . . Cerné, à Rouen.
29 janvier 1892. . . . . . Chavannaz, à Bordeaux.
15 janvier 1890. . . . . . Chavasse, armée.
10 janvier 1894. . . . . . Choux, armée.
20 janvier 1897. . . . . . Chupin, armée.
20 janvier 1891. . . . . . Claudot, armée.
8 janvier 1862. . . . . . de Closmadeuc, à Vannes.
11 janvier 1882. . . . . . Combalat, à Marseille.
7 janvier 1903. . . . . . Couteaud, marine.
28 décembre 1910. . . . . Coville, à Orléans.
26 juillet 1893 . . . . . . Dayot, à Rennes.
20 janvier 1899. . . . . . Defontaine, au Creusot.
23 janvier 1901. . . . . . Delagénière (Henri), au Mans.
29 décembre 1892. . . . . Delagenière (Paul), à Tours.
20 décembre 1899. . . . . Delanglade, à Marseille.
18 février 1867 . . . . . . Delore, à Romanèche-Thorins.
3 janvier 1883. . . . . . Demons, à Bordeaux.

13 janvier 1892. . . . . . MM. DEMMLER, armée.
11 janvier 1893. . . . . . DENUCÉ, à Bordeaux.
16 janvier 1884. . . . . . DIEU, armée.
28 janvier 1899. . . . . . DUBAR, à Lille.
29 janvier 1896. . . . . . DUBOURG, à Bordeaux.
15 janvier 1890. . . . . . DURET, à Lille.
3 janvier 1866. . . . . . EHRMANN, à Mulhouse.
11 janvier 1905. . . . . . ESTOR, à Montpellier.
11 janvier 1893. . . . . . ÉTIENNE, à Toulouse.
20 janvier 1897. . . . . . FERRATON, armée.
22 décembre 1909. . . . . FERRON (J.), à Laval.
11 janvier 1893. . . . . . FÉVRIER, armée.
20 janvier 1891. . . . . . FONTAN, marine.
11 janvier 1905. . . . . . FONTOYNONT, à Tananarive.
20 juillet 1972 . . . . . . FORGUE, à Montpellier.
28 décembre 1910 . . . . FRŒLICH,.à Nancy.
20 janvier 1909. . . . . . GAUDIER, à Lille.
3 janvier 1866. . . . . . GAUJOT, armée.
11 janvier 1893. . . . . . GELLÉ, à Provins.
17 janvier 1906. . . . . . GERVAIS DE ROUVILLE, à Montpellier.
27 janvier 1904. . . . . . GIRARD, marine.
13 janvier 1892. . . . . . GRIPAT, à Angers.
7 janvier 1880. . . . . . GROSS (F.), àNancy.
20 juillet 1892 . . . . . . GUELLIOT, à Reims.
20 janvier 1886. . . . . . GUERMONPREZ, à Lille.
7 janvier 1903. . . . . . GUILLET, à Caen.
2 janvier 1899. . . . . . HACHE, à Cannes.
4 janvier 1888. . . . . . HOUZEL, à Boulogne-sur-Mer.
10 janvier 1894. . . . . . HUE (François), à Rouen.
14 janvier 1880. . . . . . HUE (Jude), à Rouen.
29 janvier 1902. . . . . . IMBERT, à Montpellier.
15 janvier 1908. . . . . . JEANBRAU, à Montpellier.
15 janvier 1908. . . . . . JEANNE, à Rouen.
3 Janvier 1866. . . . . . KŒBERLÉ, à Strasbourg.
22 décembre 1909 . . . . LAFOURCADE, à Bayonne.
23 juillet 1890 . . . . . . LAGRANGE, à Bordeaux.
13 janvier 1868. . . . . . LANNELONGUE, à Bordeaux.
11 janvier 1893. . . . . . LE CLERC, à Saint-Lô.
22 décembre 1909 . . . . LE FORT, à Lille.
27 juillet 1892 . . . . . . LINON, armée.
20 décembre 1899 . . . . MALAPERT, à Poitiers.
21 janvier 1885. . . . . . MALHERBE (Albert), à Nantes.
29 janvier 1892. . . . . . MARTIN (Albert), à Rouen.
5 janvier 1881. . . . . . MAUNOURY, à Chartres.
10 janvier 1894. . . . . . MÉNARD, à Berck.
28 décembre 1910 . . . . MÉRIEL, à Toulouse.
29 janvier 1896. . . . . . MIGNON, armée.
22 juillet 1891 . . . . . . MONOD (Eugène), à Bordeaux.

26 juillet 1893 . . . . . . MM. MONPROFIT, à Angers.
11 janvier 1905. . . . . . MORDRET, au Mans.
29 janvier 1891. . . . . . MOTY, armée.
19 janvier 1887. . . . . . MOUCHET, à Sens.
17 juillet 1899 . . . . . . NIMIER, armée.
19 juillet 1864 . . . . . . NOTTA, à Lisieux.
22 janvier 1899. . . . . . OVION, à Boulogne-sur-Mer.
13 janvier 1875. . . . . . PAMARD (Alfred), à Avignon.
23 janvier 1901. . . . . . PAUCHET, à Amiens.
26 juillet 1893 . . . . . . PAUZAT, armée.
11 janvier 1899. . . . . . PEUGNIEZ, à Amiens.
13 janvier 1892. . . . . . PHOCAS, à Athènes.
22 décembre 1909 . . . . PFIHL, marine.
20 janvier 1909. . . . . . PICQUÉ (Robert), armée.
21 janvier 1891. . . . . . POISSON, à Nantes.
4 janvier 1888. . . . . . PONCET (Antonin), à Lyon.
21 janvier 1891. . . . . . POUSSON, à Bordeaux.
17 juillet 1899 . . . . . . ROHMER, à Nancy.
22 décembre 1909. . . . . ROUVILLOIS, armée.
20 janvier 1897. . . . . . ROUX (Gabriel), à Marseille.
22 juillet 1891 . . . . . . SCHMIDT, armée.
28 décembre 1910. . . . . SILHOL, à Marseille.
15 janvier 1890. . . . . . TACHARD, armée.
28 décembre 1910. . . . . TANTON, armée.
20 décembre 1899. . . . . TÉDENAT, à Montpellier.
11 janvier 1899. . . . . . TÉMOIN, à Bourges.
29 janvier 1892. . . . . . TOUBERT, armée.
17 janvier 1906. . . . . . TOUSSAINT, armée.
16 janvier 1907. . . . . . VALLAS, à Lyon.
11 janvier 1905. . . . . . VANVERTS, à Lille.
29 janvier 1896. . . . . . VILLAR, à Bordeaux.
11 janvier 1893. . . . . . VINCENT, à Alger.
20 janvier 1886. . . . . . WEISS, à Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

(20)

12 janvier 1910.	MM. Bloch (O.), à Copenhague.
4 janvier 1888.	Bryant (Th.), à Londres.
11 janvier 1893.	Cheever, à Boston.
29 janvier 1902.	Czerny, à Heidelberg.
20 janvier 1909.	Durante (F.), à Rome.
12 janvier 1910.	Giordano, à Venise.
17 janvier 1906.	Horsley, à Londres.
2 février 1898	Julliard, à Genève.
16 janvier 1901.	Keen, à Philadelphie.
17 janvier 1906.	Kelly (Howard-A.), à Baltimore.
janvier 1880.	Lister, à Londres.
16 janvier 1901.	Mac Burney, à New-York.
17 janvier 1900.	Mac Ewen, à Glascow.
16 janvier 1907.	Mayo Robson, à Leeds.
15 janvier 1908.	Murphy, à Chicago.
20 janvier 1886.	Reverdin (Jaques), à Genève.
20 janvier 1909.	Rydygier, à Lemberg.
15 janvier 1908.	Sonnenburg, à Berlin.
20 janvier 1886.	Tilanus, à Amsterdam.
17 janvier 1906.	Ziembicki, à Lemberg.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

(70)

---

17 janvier 1906.	MM. Ballance, à Londres.
20 janvier 1909.	Bassini, à Padoue.
22 janvier 1896.	Bayer, à Prague.
7 janvier 1903.	Berg, à Stockholm.
16 janvier 1901.	Bradford, à Baltimore.
2 février 1898	Bruns, à Tübingen.
17 janvier 1906. . . .	Buscarlet, à Genève.
11 janvier 1905.	Butlin, à Londres.
12 janvier 1910.	Ceci, à Pise.
4 janvier 1888.	Ceccherelli (A.), à Parme.
20 janvier 1909.	Cheyne (Watson), à Londres.
4 janvier 1889	Chiene, à Édimbourg.
15 janvier 1908.	Cranwell, à Buenos-Aires.
10 janvier 1894.	Demosthen (A.), à Bucarest.
17 janvier 1906.	Depage, à Bruxelles.
27 janvier 1904.	Djemil-Pacha, à Constantinople.
16 janvier 1906.	Dudley-Tait, à San-Francisco.
15 janvier 1908.	Dollinger, à Budapest.
29 janvier 1902.	von Eiselsberg, à Vienne.
9 janvier 1879.	Galli, à Lucques.
15 janvier 1908.	Garré, à Bonn.
13 janvier 1864.	Gherini, à Milan.
12 janvier 1910	Gibson, à New-York.
2 février 1898	Girard, à Berne.
9 janvier 1879	Gritti, à Milan.
20 janvier 1909.	Halsted, à Baltimore.
28 décembre 1910 . . .	von Herczel, à Budapest.
7 janvier 1903.	Heresco, à Bucarest.
31 décembre 1862. . . .	Hutchinson (J.), à Londres.
16 janvier 1907.	Israel, à Berlin.
21 janvier 1891	Jamieson (Alex.), à Shanghaï.
17 janvier 1900	Jonnesco, à Bucarest.
12 janvier 1910.	Juvara, à Bucarest.

27 janvier 1904. . . . . MM. KALLIONTZIS, à Athènes.
13 janvier 1892. . . . . KOCHER, Berne.
20 janvier 1909. . . . . KÖRTE, à Berlin.
13 janvier 1892. . . . . KOUZMINE, à Moscou.
21 janvier 1891. . . . . KUMMER, à Genève.
28 décembre 1910. . . . KÜMMELL, à Hambourg.
15 janvier 1908. . . . . LANE (A.), à Londres.
20 janvier 1897. . . . . LARDY, à Constantinople.
2 février 1898 . . . . . DE LEVCHINE, à Moscou.
16 janvier 1884. . . . . LUCAS (Clément), à Londres.
11 janvier 1893. . . . . MARTIN (Édouard), à Genève.
28 décembre 1910. . . . MAYO (William), à Rochester.
21 janvier 1891. . . . . DE MOOY, à La Haye.
20 janvier 1909. . . . . MORRIS (Henry), à Londres.
12 janvier 1910. . . . . MOYNIHAN, à Leeds.
28 décembre 1910. . . . NAVARRO, à Montévideo.
20 janvier 1897. . . . . NOVARO, à Bologne.
15 janvier 1890. . . . . PEREIRA-GUIMARAÈS, à Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. . . . . PLUM, à Copenhague.
16 janvier 1907. . . . . PSALTOFF, à Smyrne.
21 janvier 1891. . . . . ROMNICEANU, à Bucarest.
7 janvier 1880. . . . . ROSE (Edm.), à Berlin.
25 janvier 1890. . . . . ROUX, à Lausanne.
31 décembre 1862. . . . SANGALLI, à Pavie.
21 janvier 1885. . . . . SALTZMANN, à Helsingfors.
12 janvier 1910. . . . . SAXTORPH, à Copenhague.
20 mars 1867. . . . . . SIMON (John), à Londres.
16 janvier 1901. . . . . SNEGUIREFF, à Moscou.
17 janvier 1900. . . . . SOUCHON, à la Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. . . . . STIMSON (Lewis A.), à New-York.
31 décembre 1862. . . . TESTA, à Naples.
20 janvier 1886. . . . . THIRIAR, à Bruxelles.
17 janvier 1906. . . . . TRENDELENBURG, à Leipzig.
11 janvier 1893. . . . . VLACCOS, à Mytilène.
20 janvier 1909. . . . . WHITE (Sinclair), à Sheffield.
11 janvier 1893. . . . . WIER, à New-York.
17 janvier 1906. . . . . WILLEMS, à Gand.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844.	MM. A. Bérard.		1878.	MM. Félix Guyon.
1845.	Michon.		1879.	S. Tarnier.
1846.	Monod père.		1880.	Tillaux.
1847.	Lenoir.		1881.	de Saint-Germain.
1848.	Robert.		1882.	Léon Labbé.
1849.	Cullerier.		1883.	Guéniot.
1850.	Deguise père.		1884.	Marc Sée.
1851.	Danyau.		1885.	S. Duplay.
1852.	Larrey.		1886.	Horteloup.
1853.	Guersant.		1887.	Lannelongue.
1854.	Denonvilliers.		1888.	Polaillon.
1855.	Huguier.		1889.	Le Dentu.
1856.	Gosselin.		1890.	Nicaise.
1857.	Chassaignac.		1891.	Terrier.
1858.	Bouvier.		1892.	Chauvel.
1859.	Deguise fils.		1893.	Ch. Perier.
1860.	Marjolin.		1894.	Lucas-Championnière.
1861.	Laborie.		1895.	Th. Anger.
1862.	Morel-Lavallée.		1896.	Ch. Monod.
1863.	Depaul.		1897.	Delens.
1864.	Richet.		1898.	Berger.
1865.	Paul Broca.		1899.	Pozzi.
1866.	Giraldès.		1900.	Richelot.
1867.	Follin.		1901.	Paul Reclus.
1868.	Legouest.		1902.	G. Bouilly.
1869.	Verneuil.		1903.	Kirmisson.
1870.	A. Guérin.		1904.	Peyrot.
1871.	Blot.		1905.	E. Schwartz.
1872.	Dolbeau.		1906.	Paul Segond.
1873.	Trélat.		1907.	Quénu.
1874.	Maurice Perrin.		1908.	Ch. Nélaton.
1875.	Le Fort.		1909.	P. Reynier.
1876.	Houel.		1910.	Routier.
1877.	Panas.		1911.	Jalaguier.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL et René MARJOLIN, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1.200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2.000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1.000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10.000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

DUBREUIL (de Montpellier), fondateur d'un prix annuel de 450 francs.

Jules HENNEQUIN, fondateur d'un prix biennal de 1.500 francs.

O. LANNELONGUE, fondateur d'un prix quinquennal de 5.000 francs, avec médaille en or.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — Baron LARREY, — Ch. NÉLATON, — LE DENTU, — DELENS, — Lucien HAHN, — Ch. PÉRIER, — MONTEILS, — Ch. MONOD. Donateurs de livres pour la Bibliothèque de la Société.

PUBLICATIONS

REÇUES PAR LA SOCIÉTÉ

La Société de Chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives générales de chirurgie. — Archives provinciales de chirurgie. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société de médecine militaire française. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Le Bulletin médical. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de Paris. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Gazette des hôpitaux. — Journal de chirurgie. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Le Médecin praticien. — La Presse médicale. — Progrès médical. — La Province médicale. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de chirurgie. — La Tribune médicale.

Province. — Archives médicales de Toulouse. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Loire médicale (Saint-Etienne). — Lyon chirurgical. — Marseille médical. — Le Nord médical (Lille). — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Étranger. — Anales de la Academia de ostetricia, ginecologia y pediatria (Madrid). — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — Archives of the Middlesex Hospital (Londres). — Archivos de la Policlinica (Habana). — Atti della Societa milanese di medicina e biologia (Milan). — British medical Journal (Londres). — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Bucarest. — Bulletins et mémoires couronnés de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin médical de Québec. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Medizinische Klinik (Berlin). — Medical Re-

cord (New-York). — Medico-chirurgical Transactions (Londres). — Mittheilungen aus der Medicinischen Fakultät der Kaiserlich-Japanischen Universität (Tokio). — Annual Report of the Henry Philipps Institute (Philadelphie). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revue médicale de la Suisse romande (Genève). — Revue médico-sociale (Bruxelles). — Transactions of the american association of genito-urinary diseases (New-York). — Transactions of the american otological Society (New Befdord). — Transactions of the american orthopedic association (Philadelphie). — Transactions of the american surgical Association (Philadelphie). — Transactions of the pathological Society of London. — Upsala läkareförenings Forhandlingar. — Zentralblatt für Chirurgie (Leipzig).

La bibliothèque de la Société, 12, rue de Seine, est ouverte tous les jours non fériés de 2 heures à 5 heures.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 4 JANVIER 1911

Présidence de M. Routier.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. Mériel, Tanton et Baillet, remerciant la Société de leur nomination de membre correspondant national.

3°. — Une lettre de M. Rieffel, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

4° — Un travail de M. Cantas (d'Athènes), intitulé : *Contribution à l'étude du traitement de l'hypospadias, par un nouveau procédé autoplastique.* — Rapporteur, M. Legueu.

A l'occasion du procès-verbal.

Indications chirurgicales dans la maladie de Recklnighausen.

M. H. Morestin. — Dans une des précédentes séances M. Hartmann nous a présenté un malade atteint de neuro-fibromatose généralisée, chez lequel il avait été amené à pratiquer l'extirpation d'un névrome, ou plus exactement d'un fibrome inclus dans

un tronc nerveux. A ce propos, je voudrais rapporter les cas de maladie de Recklinghausen que j'ai eu l'occasion d'observer. Cette curieuse affection n'est pas absolument rare; et dans bien des circonstances comporte certaines indications chirurgicales.

J'en ai recueilli trois exemples appartenant à des formes diverses.

L'un de mes malades est un jeune garçon, Germain R..., qui était âgé de dix ans quand j'ai commencé à m'en occuper en 1906. Les premières manifestations de sa maladie remontent à l'âge de trois ou quatre ans, G... est né à terme; sa mère me dit que la grossesse a été parfaitement normale. Les parents sont très robustes, n'offrent aucune malformation, aucune tare, et ont eu avant lui d'autres enfants sains et magnifiques. Lui-même est assez bien développé mais apathique et d'intelligence médiocre. A dix ans, les testicules n'ont pas encore accompli leur migration; les bourses sont vides et les glandes ne sont pas perceptibles à la palpation.

Ce qui frappe immédiatement quand on examine l'enfant, c'est une asymétrie faciale très accusée. La joue droite est énorme et pendante. Les régions parotidienne et sous-maxillaire sont également le siège d'une tuméfaction très accusée. En somme, une très grosse voussure occupe la partie inférieure de la face et les parties voisines du cou. Sa partie la plus saillante répond au bord inférieur de la mâchoire; elle s'étend en avant jusque sur la lèvre inférieure, en arrière sur la partie la plus élevée de la région carotidienne et sur l'apophyse mastoïde.

L'oreille droite est énorme, présentant des dimensions doubles de celle du côté opposé, et se trouve située notablement plus bas; elle est soulevée, écartée du crâne, et offre le plus singulier aspect. Les téguments sont épaissis et hyperpigmentés. Sur la face postérieure du pavillon, on observe un vaste nævus pigmentaire. La conque est remplie par une masse éléphantiasique qui masque et obstrue le conduit auditif.

Un autre large nævus pigmentaire avec épaississement de la peau entoure la partie inférieure du pavillon, occupant la partie supérieure de la région carotidienne, et la partie basse de la région parotidienne, allant du cuir chevelu à l'angle de la mâchoire. Une plaque moins étendue s'observe un peu plus bas sur le relief du sterno-mastoïdien. Sur la joue et le reste de la voussure, les téguments n'offrent aucune modification.

A la palpation, toute cette masse donne une impression singulière. On perçoit une foule de fins cordons enchevêtrés formant un lacis inextricable, et pourtant mobiles les uns sur les autres, comme des paquets de catgut très souple, ou de vermicelle cuit.

On les trouve dans toute l'étendue de la tumeur, mais plus abondants et plus nets au centre. Çà et là, on rencontre au milieu de ces paquets de fibres emmêlées des noyaux arrondis, gros comme des pois ou des haricots et comparables par leur consistance et leur mobilité à des ganglions lymphatiques.

Du côté de la lésion, le maxillaire inférieur est plus volumineux, plus épais au niveau de sa branche horizontale. Le crâne est asymétrique, proéminant à droite.

L'examen du reste du corps montre que le sujet présente une scoliose dorsale à convexité droite ; la mère nous affirme que cette difformité, qui n'est d'ailleurs pas très accusée, date de la première enfance.

Nous découvrons encore une multitude de taches pigmentaires, sur les cuisses, le tronc et les membres supérieurs. D ces taches, la plupart sont mal limitées, d'une teinte café au lait; ailleurs, on trouve des plaques en relief dont la surface est inégale et comme verruqueuse et la coloration plus foncée.

Au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche, on découvre une tumeur sous-cutanée, rappelant beaucoup, au volume près, celle de la face. Même lacis de filaments qui se laissent déplacer, les uns sur les autres, même absence de réductibilité, même indolence. Elle forme une masse aplatie à contours indécis, grande à peu près comme une pièce de 2 francs.

Le long des troncs nerveux facilement accessibles à l'exploration, on ne relève rien d'anormal. On ne peut également déceler aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité.

La difformité faciale désolait les parents, qui me demandèrent de l'améliorer dans la mesure du possible. Je m'y essayai et, le 23 avril 1906, j'opérai l'enfant. J'extirpai la grande plaque pigmentée sous-auriculaire, puis, agrandissant la plaie par une incision menée dans la région sous-maxillaire, j'extirpai tout ce que je pus atteindre du vaste névrome plexiforme, poursuivant ses cordons ondulés dans la joue, dans la région parotidienne, fouillant même la région carotidienne où ils s'enfonçaient profondément.

Un peu plus tard, le 7 juillet, nouvelle intervention portant sur le pavillon de l'oreille, j'en excisai un fragment pour réduire un peu ses dimensions, dégager la coque et désobstruer le conduit auditif. En même temps, j'essayai de fixer en meilleur place l'oreille, située trop bas.

Ces opérations déterminèrent un changement assez heureux de la physionomie ; malgré leur importance, il fallaitbi en reconnaître qu'elles étaient encore insuffisantes, mais néanmoins le résultat était appréciable, et comblait de joie les parents.

Je songeais à obtenir mieux au moyen d'interventions complémentaires, destinées à réduire et corriger encore le pavillon de l'oreille, et à détruire les amas névromateux qui persistaient çà et là, quand mon activité fut refroidie et mes espérances contrariées par la constatation d'une tumeur développée sur le trajet du médian, à la partie moyenne du bras gauche. Elle augmenta assez rapidement, prit en trois mois le volume d'une amande.



FIG. 1.

Elle était mobile, de consistance très ferme, douloureuse à la pression, d'ailleurs sans trouble de la mobilité et de la sensibilité dans le territoire du nerf incriminé.

Le 5 novembre 1906, à la maison Dubois, je fis l'ablation de cette tumeur, qui était bien située dans le nerf médian, dont les fibres étalées l'enveloppaient d'une gaine fusiforme. Quelques-unes de ces fibres adhéraient à la tumeur, qu'il fallut disséquer avec précaution.

A une faible distance de ce fibrome, car il s'agissait d'un fibrome, j'en trouvai un autre également inclus dans le nerf médian ; il était

trop petit pour que la palpation pût en révéler la présence. J'en fis sans difficulté l'énucléation.

Depuis cette époque, j'ai pu revoir fréquemment l'enfant et malheureusement constater que le bénéfice des interventions dirigées contre le névrome plexiforme cervico-facial n'a été que temporaire. La tumeur a reparu, et n'a cessé de s'accroître; ses proportions dépassent actuellement celles qu'elle présentait autrefois;



FIG. 2.

bien plus, elle occupe maintenant toute la région sous-hyoïdienne et déborde même à gauche le bord inférieur de la mâchoire.

Elle est particulièrement volumineuse d'une part à la limite de la joue droite et de la région maxillaire, d'autre part, au niveau de la région parotidienne (fig. 1 et 2). L'oreille s'est fort éloignée du crâne et soulevée qu'elle est par la tumeur. Elle offre une mobilité extraordinaire, on peut la faire remonter très haut sous le cuir chevelu, et la faire descendre jusqu'à la partie inférieure du cou (fig. 3).

Les caractères de la tumeur sont les mêmes qu'autrefois.

L'épaississement du maxillaire inférieur est devenu considérable, et le maxillaire supérieur droit est lui-même hypertrophié dans sa portion alvéolaire.

De nouvelles taches pigmentaires ont fait leur apparition sur le cou, la poitrine et la région lombaire.

Le névrome plexiforme du dos s'est agrandi, il a doublé en étendue.



FIG. 3.

De plus, on constate aisément à la face interne du bras droit plusieurs tumeurs dures répondant au trajet du médian et du cubital.

En outre, le sujet, dont la vue semblait normale jusqu'à l'année dernière, est affligé d'une myopie progressive.

Faible consolation à tant d'ennuis, les testicules ont accompli tardivement leur migration.

II. — En mai 1908, à l'Hôtel-Dieu, j'ai observé une jeune fille de dix-huit ans qui était entrée salle Notre-Dame, pour une grosse

tumeur de la fesse gauche, tumeur arrondie, soulevant des téguments intacts, mais s'accompagnant d'une dilatation très accusée des veines superficielles, de consistance très dure, immobile sur les plans profonds.

Le toucher rectal me montra que le bassin était à moitié comblé par une masse dure plaquée contre la paroi gauche, et qui était, selon toute évidence, en continuité avec la tumeur extérieurement visible et tangible. Il s'agissait d'un seul et même néoplasme ayant pris naissance au niveau de l'échancrure sciatique et qui maintenant adhérait largement au squelette pelvien. Il s'agissait, sans aucun doute, d'un sarcome et d'un sarcome arrivé à une période où l'exérèse la plus large ne pouvait nous laisser qu'un vague espoir de sauver la malade. L'état général déclinant aurait suffi d'ailleurs à nous faire réfléchir sur les suites probables de l'intervention.

En cherchant le point de départ de la tumeur, on fut amené à admettre qu'elle avait dû prendre naissance à l'endroit même où le grand nerf sciatique sort du bassin, et les phénomènes observés dans le territoire qu'il innerve (douleurs, impotence), confirmaient cette supposition que la lésion avait pu débuter dans son voisinage immédiat.

Or, l'examen de la malade montra qu'elle était couverte de taches pigmentaires, et de fibromes cutanés.

Je fus amené à conclure que cette jeune fille, atteinte de neurofibromatose généralisée, avait dû présenter une tumeur du nerf sciatique qui avait subi l'évolution sarcomateuse.

La malade, pour laquelle je n'avais voulu tenter aucune intervention, quitta bientôt mon service, et depuis, à mon grand regret, je n'ai pu en avoir de nouvelles.

III. — Enfin, l'an dernier à Tenon, j'ai observé un remarquable exemple de maladie de Recklinghausen. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, H..., entré dans mon service, salle Nélaton, le 7 mai. Le sujet est littéralement couvert de taches pigmentaires et de fibromes dermiques plus ou moins pédiculés. Ces tumeurs sont innombrables, siégeant principalement sur le tronc, les membres supérieurs et la face (fig. 4 et 5).

Il y en a jusque dans le cuir chevelu, ce qui est une localisation relativement rare. Les plus volumineuses sont grosses comme des noix, des œufs de pigeon.

Les tumeurs les plus grosses sont toutes pédiculées ; les petites sont enchâssées dans l'épaisseur du derme ; aucune n'a une évolution sous-cutanée. La plupart sont de consistance ferme et même dure, quelques-unes cependant n'offrent à la pression

qu'une faible résistance. Un grand nombre d'entre elles sont coiffées d'une tache pigmentaire.

Plusieurs sont douloureuses à la pression, même légère, et gênent beaucoup le malade, qui vient spontanément en réclamer l'ablation. Il appelle en particulier notre attention sur le noyau

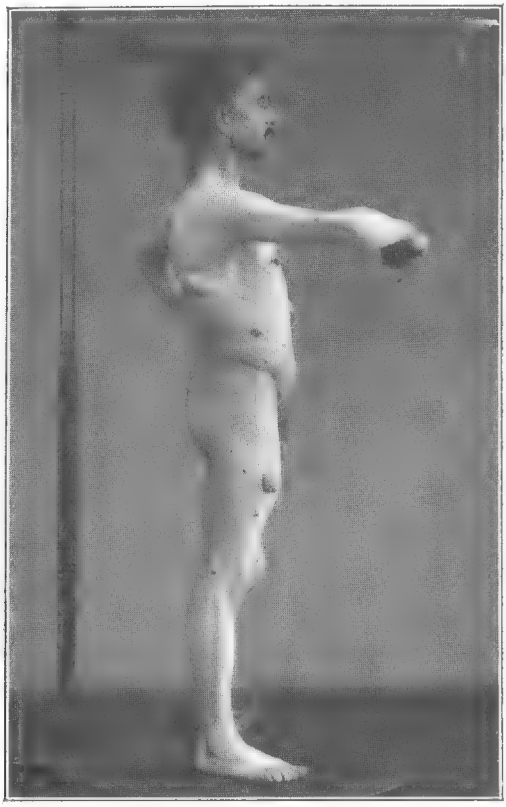


Fig. 4.

assez volumineux qui distend l'aréole du sein gauche. Les simples frottements de la chemise sur cette tumeur sont extrêmement désagréables. Un groupe de tumeurs occupant la région lombaire l'incommodent davantage encore. C'est qu'il a été dans sa jeunesse amputé par Péan de la jambe gauche, et qu'il porte un appareil dont une courroie, en forme ceinture, assure la fixité. Cette courroie frotte incessamment sur les noyaux durs semés autour du tronc, et ceux de la région lombaire souffrent tout spécialement de son contact.

Le sujet présente une scoliose dorsale à convexité droite assez accusée. En outre, il est excessivement myope.

La santé générale est bonne, bien que le corps ait une apparence chétive.

Le 13 mai, j'ai fait l'ablation d'une douzaine de ces noyaux, les



Fig. 5.

plus gênants d'abord, puis les plus volumineux, et enfin les plus choquants de ceux de la face.

Ces petites interventions eurent naturellement les suites les plus simples, et au bout d'une dizaine de jours H... quitta l'hôpital.

Le hasard a donc mis sous mes yeux les principales formes de la neuro-fibromatose, et l'histoire de mes malades prouve que cette affection ne doit pas retenir exclusivement l'attention des médecins et anatomo-pathologistes. Au dernier, une intervention

très simple a rendu service, en le délivrant de ses tumeurs les plus gênantes. La bénignité de cette ablation permettrait même de la renouveler à plusieurs reprises, et de rendre au sujet, par la suppression des noyaux les plus saillants, une figure convenable.

De même la jeune fille de l'Hôtel-Dieu, observée plus tôt, eût pu être opérée dans de bonnes conditions et même guérie par l'énucléation d'une tumeur encapsulée.

Chez mon premier malade, l'ablation de ce fibrome du médian à marche rapide a peut-être prévenu une évolution du même genre.

On ne peut évidemment espérer qu'une intervention dirigée contre un de ces vastes névromes plexiformes de la face, comme celui dont il est porteur, soit toujours utile. Dans le cas particulier, elle est demeurée stérile, mais peut-être ne l'eût-elle pas été si elle avait été d'emblée plus large encore et plus complète. J'en suis si persuadé que maintenant, malgré les conditions défavorables où se trouve aujourd'hui le malade, je voudrais, si les parents y consentaient, entreprendre cette opération qui de toute manière ne saurait nuire.

Nous ignorons complètement le principe de la maladie, et son vrai traitement nous échappe. Mais contre ses manifestations visibles et tangibles, nous pouvons agir efficacement, tantôt pour faire disparaître une cause de souffrances, tantôt pour éviter le danger d'une transformation maligne, tantôt dans un but esthétique et cette dernière indication n'est pas la moins intéressante.

A propos des accidents éloignés consécutifs aux traumatismes craniens.

M. Demoulin. — Dans la séance du 21 décembre dernier, notre collègue Picqué nous a entretenus, des accidents nerveux éloignés, consécutifs aux traumatismes craniens.

Le professeur Delbet nous a fait connaître que ces accidents éloignés (crises épileptiformes, syndrome de paralysie générale, démence) se voient dans une proportion considérable sur les malades chez lesquels la réaction de Wassermann a été positive, et qu'il semble bien que les traumatismes craniens aient une action sur la localisation de la syphilis aux méninges et au cerveau et sur son évolution.

Les traumatismes craniens sont fréquents chez les accidentés du travail et sont, parfois, suivis du syndrome de la paralysie géné-

rale, et les experts commis par le Tribunal, pour examiner les malades, doivent se demander quel a été le rôle du traumatisme sur l'évolution de cette affection.

Les uns pensent que ce rôle est nul, les autres croient qu'il a, au contraire, une grande importance.

J'ai eu à examiner, il y a trois ans, avec le regretté professeur Jeoffroy, un homme d'une quarantaine d'années, très probablement syphilitique et entaché d'alcoolisme, qui, à la suite d'une chute sur la tête, présenta, pendant trois jours, tous les signes d'une commotion cérébrale grave. Un an après l'accident, il était paralytique général. M. Joffroy n'hésita pas à regarder le traumatisme comme entièrement responsable de l'apparition des signes de la paralysie générale, et considéra le blessé comme atteint d'une incapacité permanente totale du travail. Il se fondait pour défendre son opinion, à laquelle je me suis rallié, sur ce fait, qu'il est impossible à un expert d'affirmer que s'il n'y avait pas eu traumatisme cranien, la syphilis se serait localisée au cerveau et aux méninges.

— L'accident doit être, par conséquent, considéré comme responsable, au moins dans une certaine mesure, de l'apparition du syndrome de la paralysie générale, surtout quand il est bien démontré, et c'était le cas chez le blessé que nous avons examiné, M. Joffroy et moi, que le sujet travaillait régulièrement, et, sans commettre de fautes dans ses occupations, avant le traumatisme.

Je crois comme le professeur Joffroy, comme Delbet, que l'influence des traumatismes craniens graves sur l'apparition de la paralysie générale est indéniable.

J'ai vu, comme expert, un autre paralytique général, jeune aussi, syphilitique et alcoolique, qui n'avait subi, lors de l'accident du travail dont il avait été victime, que des blessures, sans gravité, des membres inférieurs, blessures qui lors de mon examen n'avaient pas laissé de traces.

Les parents et amis du blessé soutenaient que les signes de la paralysie générale s'étaient montrés trois mois après l'accident, et qu'ils lui étaient dus. Le blessé a succombé quelques jours après mon examen, et l'autopsie a démontré des lésions anciennes de méningo-encéphalite diffuse.

Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans ce cas, je n'ai pas admis de relation entre le traumatisme et l'évolution de la paralysie générale.

M. Picqué. — Je désire attendre que tous nos collègues inscrits aient pris la parole avant de la prendre moi-même.

Déjà l'an dernier, à propos d'une communication faite par

M. Auvray, j'ai envisagé la question des rapports de la syphilis et du traumatisme dans l'apparition de la paralysie générale.

Je pense qu'il convient de reprendre aujourd'hui cette question.

A propos de la prothèse métallique du crâne.

M. Rouvillois. — Je vous ai présenté dans la dernière séance le jeune officier auquel il y a trois ans et demi j'ai restauré une brèche cranienne au moyen de la prothèse métallique avec une plaque d'or ajourée préparée par M. Delair. Je vous ai présenté mon opéré comme un exemple de bon résultat éloigné : je ne reviens donc pas sur ce point particulier qui est acquis d'une façon d'autant plus indiscutable que cet officier, à la suite d'une nouvelle chute sur la tête, a eu l'occasion de mettre à l'épreuve la solidité de sa prothèse.

Je vous apporte aujourd'hui sa radiographie à propos de laquelle je désire ajouter quelques mots relatifs aux dimensions de la plaque prothétique et surtout à son mode de fixation.

Ses dimensions, relativement minimes (cinq centimètres sur trois), peuvent faire naître l'idée que son application n'était pas indispensable. Or, je vous rappelle que je l'ai appliquée dans le but précis de réduire la hernie cérébrale dont cet officier était porteur, hernie qui est visible sur les photographies que je vous présente. Cette indication a même obligé M. Delair à cintrer légèrement la plaque afin d'éviter toute compression du cerveau.

Sa fixation a été réalisée au moyen de trois griffes enfoncées à frottement dur dans des trous de petit calibre préalablement pratiqués dans l'os à quelques millimètres des bords de la brèche osseuse. Or, le point sur lequel je crois utile d'appeler de nouveau l'attention, c'est que cette fixation par des griffes serait précaire si la plaque n'était pas pourvue des multiples orifices que vous pouvez voir sur la radiographie.

Je dirais même volontiers que les griffes ne réalisent qu'une fixation temporaire et que la fixation définitive est assurée par les orifices dont la plaque est perforée.

Le rôle de ces orifices a été très bien mis en lumière par M. Sebileau (1), dans un récent article sur la prothèse métallique du crâne, duquel nous extrayons les lignes suivantes : « Les « orifices dont sont creusées les plaques de restauration cra-

(1) *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, février 1910.

« nienne n'allègent pas seulement l'appareil ; ils contribuent « encore et surtout à lui faire prendre corps avec les tissus. Dans « ces orifices, ceux-ci s'engagent de telle manière que métal et « chairs finissent par se pénétrer. »

Mais si ces orifices sont indispensables, leurs dimensions ne sont pas indifférentes. S'il sont trop étroits, ils sont peu efficaces.



S'ils sont trop larges, ils deviennent dangereux, car les téguments ont tendance à s'enfoncer dans les trous, à s'amincir et à se couper au contact de leurs bords. La démonstration la plus évidente de ce fait vous a été donnée par le malade que M. Sebileau vous a présenté dans la séance du 20 novembre 1909. Chez son opéré, vous avez pu voir, à jour frisant, la peau s'enfoncer dans les orifices de la plaque métallique et apparaître comme criblée de trous à la manière d'une écumoire. Comme l'a fait justement remarquer M. Sebileau, c'était, à l'état d'ébauche, le mécanisme de l'élimination aseptique des appareils prothétiques superficiellement inclus dans les tissus.

Il y a donc lieu d'étudier attentivement à l'avance quelles doivent être les dimensions de ces orifices en tenant compte des qualités des téguments qui sont destinés à les recouvrir. Il est impossible de fixer à ce sujet des règles précises, mais je crois que le diamètre de 3 millimètres auquel nous nous sommes arrêtés, M. Delair et moi, est un maximum qu'il est imprudent de dépasser même dans les points où le cuir chevelu présente un maximum d'épaisseur et de résistance.

Je m'associe donc pleinement aux conclusions auxquelles M. Sebileau est arrivé après l'expérience de plusieurs cas heureux et je reste convaincu avec lui que la prothèse du crâne, avec des plaques métalliques ajourées, judicieusement préparées et appliquées, mérite d'être retenue dans certains cas particuliers. Je crois même que cette méthode pourrait être étendue avec avantage à la prothèse nasale dans les nez ensellés et je me propose de l'essayer lorsque j'en aurai l'occasion.

M. Tuffier. — Je désirais faire préciser l'indication opératoire, de prothèse métallique perdue d'une perte de substance des os du crâne, parce que je crois cette indication assez rare et que les photographies qui nous sont présentées ne montrent qu'une bien légère hernie cérébrale. On distingue à peine quel est le côté lésé. Le danger de laisser une plaque en métal au contact du cerveau ne me paraît pas négligeable; elle a de plus la seule prétention de mettre la substance cérébrale à l'abri d'un traumatisme qui frapperait juste le crâne au point dépourvu d'os. J'ai recherché autrefois si ces accidents étaient fréquents et j'ai été frappé de constater leur rareté.

Chez une jeune fille que j'avais dû largement trépaner dans la région temporale, et que M. Championnière avait vue avec moi, il restait après guérison une légère hernie cérébrale ; on me demanda de pratiquer alors une prothèse perdue, ce que je crus inutile; devant mon refus, Horsley fut consulté sur ce même point et conclut également à l'abstention. Cette jeune fille est aujourd'hui une mère de famille et n'a jamais eu le moindre accident dû à sa perte de substance cranienne.

Je crois que l'indication opératoire posée par la nécessité où se trouvait le malade dont on vient de nous parler, de monter à cheval, n'est pas suffisante et en voici la preuve : il y a quelque dix-huit ans, j'étais assistant à Beaujon; un élève de l'Ecole Polytechnique m'est amené avec un enfoncement de toute la partie droite du frontal; je fis avec le Dr Février une large trépanation et enlevai des fragments osseux du lobe frontal; le malade guérit avec une légère hernie cérébrale qui battait du sourcil à la partie

inférieure de la bosse frontale. Il n'en coutinua pas moins ses cours de Polytechnique, entra à l'École d'application de Fontainebleau, en sortit, est actuellement capitaine d'artillerie et n'a jamais eu d'accident : il a simplement le bord antérieur de son képi rendu rigide par une plaque d'aluminium.

Je crois donc, sans rejeter absolument toute intervention, qu'il faut être circonspect avant de pratiquer une prothèse métallique perdue pour remédier à ces pertes de substance, surtout quand elles sont limitées et qu'elles ne déterminent aucun accident. La prothèse n'étant alors que préventive.

Rapports.

I. — *Les artères de la vésicule et la cholécystectomie*, par A. GOSSET et E. DESMARETS.

II. — *Sur une série de 25 cholécystectomies pour lithiase des voies biliaires*, par M. A. GOSSET.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

La chirurgie viscérale doit tendre, comme nous le disions dès 1903 dans la préface de la Première série de nos *Travaux anatomo-cliniques*, à être une chirurgie réglée comme l'est depuis longtemps la chirurgie des membres. Il est donc nécessaire de préciser, au point de vue chirurgical, tout ce qui touche à l'anatomie des régions sur lesquelles on opère.

A ce titre, le travail de MM. Gosset et Desmarets intéresse les chirurgiens, la connaissance exacte des artères de la vésicule biliaire étant un des points importants à connaître pour l'exécution de la cholécystectomie.

Les ictériques sont spécialement exposés aux hémorragies post-opératoires et les cas de morts par hémorragie, provenant des pédicules vasculaires de la vésicule, sont loin d'être exceptionnels. L'artère cystique normalement petite, ayant 1 à 2 millimètres de diamètre, peut être très augmentée dans les processus inflamtoires; Kehr, Körte signalent ce fait que nous avons, de notre côté, constaté.

Dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1908, M. Gosset nous montrait que, sur 77 cas de mort, il y en avait 16 par hémorragie, les unes sur des organes autres que le foie, un certain nombre au niveau même de la région opératoire. Et très jus-

tement il ajoutait : « Il faut... apporter un soin tout spécial à l'hémostase, en particulier à *la ligature de l'artère cystique, qui devra être liée sous le contrôle de la vue et dans une ligature isolée.* »

Pour satisfaire ce desideratum, il y a lieu de faire pour la vésicule biliaire ce qu'on a fait déjà pour l'utérus et pour l'estomac.

Lors des premières hystérectomies abdominales, on pratiquait l'hémostase sans méthode ; on plaçait sur toute la hauteur des ligaments larges une série de ligatures en chaîne. Les travaux de Farabeuf, de notre élève Fredet (1) montrèrent la situation exacte des vaisseaux et par là même indiquèrent aux chirurgiens les points précis où l'on devait chercher les utérines et poser les ligatures.

Avec un autre de mes élèves, Cunéo (2), j'ai repris l'étude des artères de l'estomac et simplifié la technique de la pylorectomie.

Pour la cholécystectomie, les chirurgiens ne sont pas encore arrivés à une technique aussi rigoureuse. Trop souvent l'opérateur se contente de pincer les points qui saignent, sans chercher à placer méthodiquement une ligature au point exact où l'anatomie montre que se trouvent la ou les artères cystiques.

Cela tient à ce que nous n'avons pas présente à l'esprit la disposition des artères vésiculaires et aussi à ce que les nombreuses variétés d'origine, de longueur, de trajet de ces artères semblent exclure, *a priori*, toute systématisation opératoire.

Les constatations faites par notre ancien élève Gosset et par M. Desmarets, en précisant les variétés anatomiques rencontrées, permettent de décrire une méthode opératoire de ligature toujours utilisable, quelle que soit la disposition anatomique en présence de laquelle on se trouve.

1° — *Anatomie de l'artère cystique.*

MM. Gosset et Desmarets ont fait porter leurs recherches sur 25 sujets, injectant au suif l'artère hépatique et ses branches; à la cire, les voies biliaires. Ils sont arrivés aux résultats suivants :

Il existe deux types d'artères cystiques : les *artères cystiques courtes* (ayant moins de deux centimètres et demi), et les *artères cystiques longues* (ayant plus de deux centimètres et demi).

A. — *Artère cystique courte ou type classique.* — Aux artères courtes, appartient le type d'artère cystique que l'on décrit comme classique et

(1) Fredet. *Recherches sur les artères de l'utérus.* Th. de Paris, 1899. — Hartmann et Fredet. *Annales de Gynécologie*, 1898, t. XLIX, p. 110 et 306.

(2) Hartmann et Cunéo. *Presse médicale*, 31 mars 1900.

qui est incontestablement le plus fréquent (18 fois sur 25 d'après nos dissections).

On voit naître de la branche droite de l'artère hépatique, un peu avant, ou immédiatement après son entrée dans le hile (1), — en tout cas par une *origine haute*, — une artère, longue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, qui descend en bas et à droite sur le col de la vésicule, où elle se divise en deux branches, supérieure et inférieure, destinées aux faces correspondantes de l'organe.

Les rapports de l'artère cystique (type court) avec les voies biliaires lui sont imposées par son origine *haute* sur la branche droite de l'artère hépatique. Il faut donc connaître la situation exacte de cette branche droite de l'artère hépatique par rapport aus voies biliaires. Cette situation, Descomps (2) l'a précisée dans son intéressant travail et décrite de la manière suivante : « Il y a croisement constant des voies biliaires par la branche hépatique artérielle droite, soit assez bas au niveau du tronc lui-même, soit plus haut au niveau des rameaux terminaux. Et il y a contact immédiat. » Et Descomps précise de la manière suivante : Dans 74 p. 100 des cas, l'artère passe en arrière du canal biliaire, de telle sorte qu'il n'y a pas d'artère ou de segment d'artère en avant des voies biliaires jusqu'au foie ; avec ce correctif que tout en passant en arrière, l'artère hépatique droite, dans 10 p. 100 des cas, décrit une anse « dont la courbe passe en avant, puis à gauche, puis en arrière des voies biliaires ».

De cette branche de l'artère hépatique, ainsi repérée par rapport aux voies biliaires principales, naît l'artère cystique. Parfois nous avons noté le tronc de l'artère cystique, tellement court que les deux branches terminales se détachent ou paraissent se détacher directement de l'hépatique.

Mais dans tous les cas d'artère courte, quel que soit exactement le trajet ou la longueur de l'artère cystique ou de ses branches, on doit retenir ce fait, capital au point de vue chirurgical, que l'artère cystique atteint toujours la vésicule au niveau de son col, un peu en arrière du point où se détache le canal cystique, et que toujours nous avons vu le pédicule de l'artère cystique (type court) répondre à la face supérieure ou hépatique de la vésicule. En sorte que, si l'on vient à tirer le canal cystique et le col de la vésicule par en bas, *on tend un petit méso* contenant le pédicule cystique, dont on peut, *par une seule ligature,* assurer l'hémostase.

On peut dire autrement et avancer que dans le cas d'artère cystique courte, la ligature de l'artère se fera dans l'espace angulaire compris entre le canal hépatique et le canal cystique.

Quelquefois, l'artère est tellement courte que l'on pourrait croire à une artère cystique double (fig. 4).

(1) 13 fois sur 28, les artères courtes naissaient dans le hile pour gagner ensuite le col de la vésicule ; 5 fois, elles se détachaient de l'artère hépatique droite avant la pénétration dans le hile.

(2) P. Descomps. *Le tronc cœliaque.* Paris 1910, Steinheil, édit.

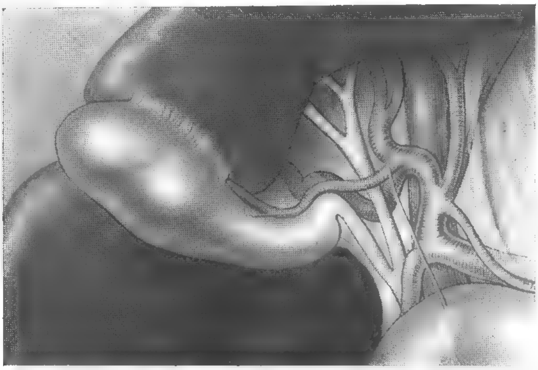


Fig. 1. — L'artère cystique se détache de la grosse branche droite de l'artère hépatique au point où cette dernière se bifurque. On la voit assez courte (2 cent. 5 environ), mais relativement volumineuse, croiser la face antérieure du canal hépatique un peu au-dessous de son origine. Elle chemine un peu oblique en bas, vers le col de la vésicule, n'ayant aucun rapport avec le canal cystique très obliquement descendant (les conduits biliaires sur cette pièce n'étaient pas injectés).

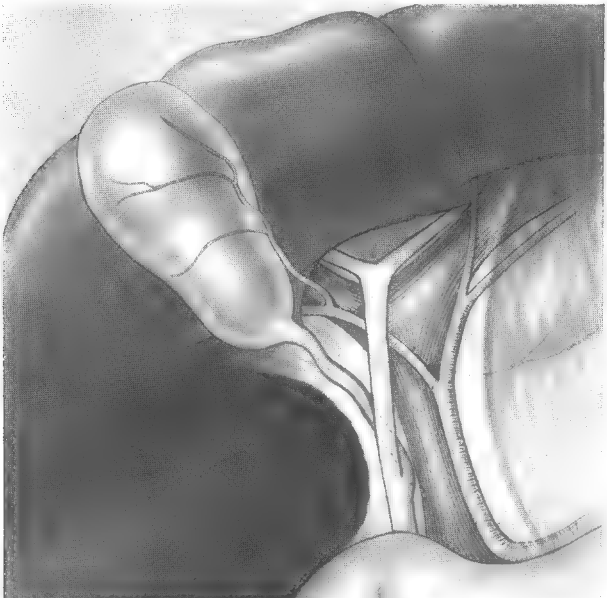


Fig. 2. — Disposition normale de l'artère cystique qui se détache de la branche droite de l'artère hépatique avant sa pénétration dans le hile et qui, longue de 1 centimètre, fort grêle, aborde le flanc gauche de la vésicule à 2 centimètres de l'origine du cystique (à noter la disposition fort intéressante du canal cystique, s'ouvrant sur le bord gauche du canal hépatique dont il croise la face postérieure).

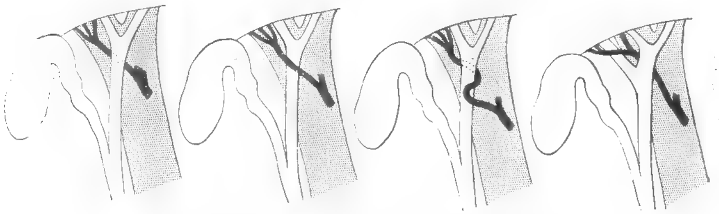


Fig. 3. — Rapports de la branche hépatique droite avec les voies biliaires (Descomps).

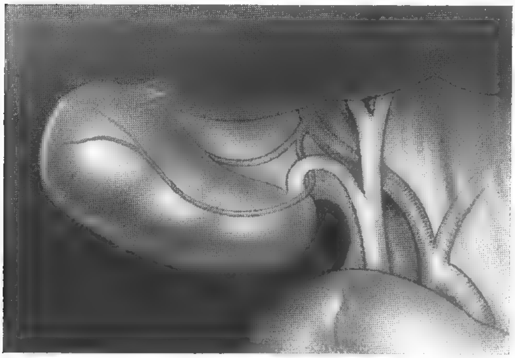


Fig. 4. — De la branche droite de l'artère hépatique naissent par un tronc très court deux branches cystiques (à noter les rapports de la branche inférieure avec le canal cystique).

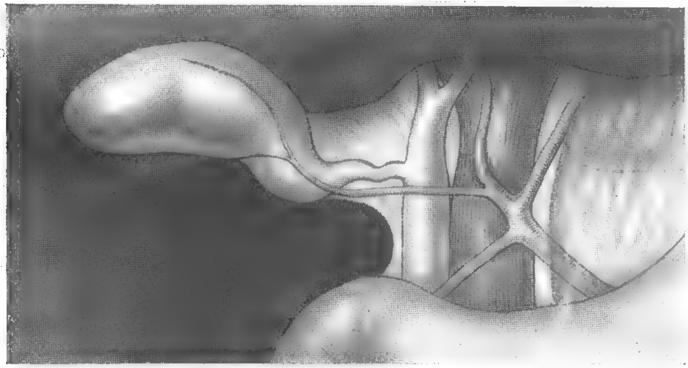


Fig. 5. — L'artère hépatique se divise sur le bord gauche de la veine porte en quatre branches : deux branches hépatiques, une branche descendante gastro-duodénale et une branche cystique qui, transversalement dirigée, croise la face antérieure de la veine porte et du canal hépatique, puis chemine parallèlement au bord inférieur du cystique pour gagner le flanc gauche de la vésicule (à noter la disposition du canal cystique très court (2 cent. 5) se jetant dans le canal hépatique à angle droit).

B. *Artères cystiques longues.* — Nous les avons rencontrées 7 fois sur 25 cas, soit dans 28 p. 100 des cas. Leur disposition est beaucoup plus complexe que celle des artères courtes.

Leur *longueur* atteint 4, 5 et même 6 centimètres.

La variabilité des rapports des artères longues avec les voies biliaires paraît, *a priori*, de nature à rendre leur ligature *raisonnée* très difficile. Il n'en est rien, cependant.

Examinez les différents types d'artères longues que nous avons observés.

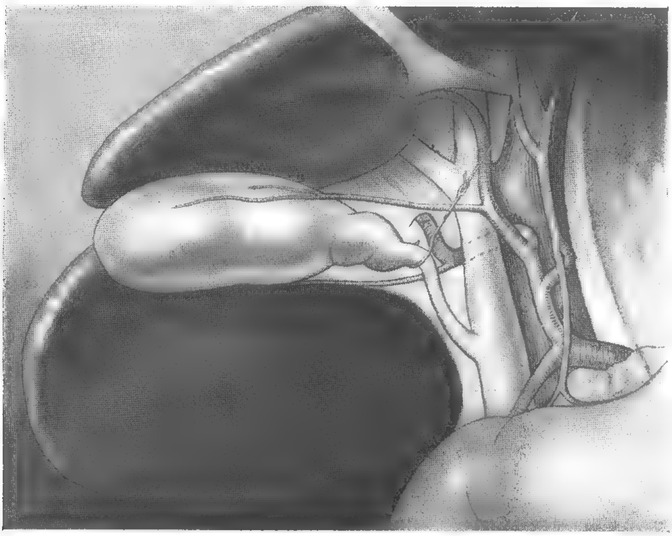


Fig. 6. — Des deux branches de l'artère hépatique droite bifurquée en une branche suivant le bord gauche du canal hépatique et une branche croisant la face postérieure de ce canal, naissent deux artères cystiques. L'artère cystique destinée à la face inférieure de la vésicule, longue de 6 centimètres, croise la face antérieure du canal hépatique un peu au-dessous de sa bifurcation.

L'artère cystique destinée à la face supérieure de la vésicule naît plus bas au point où la branche hépatique droite déjà bifurquée atteint le bord supérieur du canal cystique érigné pour montrer l'artère cystique croisant sa face postérieure et suivant à distance le col de la vésicule avant de disparaître sur sa face supérieure.

Sur la figure 5, nous voyons l'artère hépatique droite se bifurquer au niveau du bord gauche du canal hépatique en deux branches, l'une qui remonte le long du bord gauche du canal biliaire, l'autre, horizontale, qui croise la face postérieure du canal. Chacune de ces branches de bifurcation de l'artère hépatique droite donne naissance à une *cystique longue.* L'artère cystique destinée à la face inférieure de la vésicule, longue de 6 centimètres, croise la face antérieure du canal hépatique un peu au-dessous de son origine. L'artère cystique destinée à la

face supérieure de la vésicule naît plus bas, au point où la branche hépatique droite, déjà bifurquée, atteint le bord supérieur du canal cystique.

Sur la figure 7, l'artère cystique longue se détache de la gastro-duodénale. Très grêle, elle naît en avant du cholédoque et atteint la vésicule à 2 centimètres au-dessus de l'origine du canal cystique.

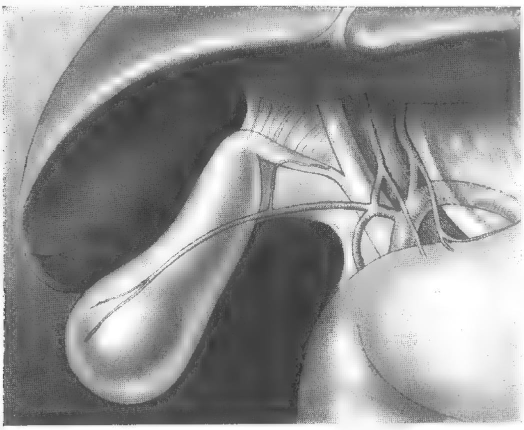


Fig. 7. — L'artère cystique se détache de l'artère gastro-duodénale qui continue directement l'artère hépatique. De cette artère gastro-duodénale naissent tout d'abord un petit tronc donnant une artère hépatique gauche grêle et une artère pylorique. Puis par un tronc commun se détachent une artère hépatique ascendante, une artère pancréatique descendante et l'artère cystique grêle. longue de 4 centimètres, naissant devant le cholédoque et atteignant la vésicule 2 centimètres au-dessous de l'orifice du cystique.

Lisez les légendes des figures 8 et 9 et vous vous rendrez compte du mode d'origine, de la longueur et des variétés des artères cystiques longues.

Dans un cas, nous avons noté une artère cystique *double*.

Il nous a paru intéressant de reproduire dans nos Bulletins l'exposé anatomique des constatations de MM. Gosset et Desmarets. Leurs dissections consciencieuses viennent s'ajouter aux travaux déjà antérieurement publiés sur l'artère cystique par Budde (1), Rossi et Cova (2), Sousloff (3) et Descomps (4). Nous

(1) Budde. Beitr. zur Kenntnis der Topographie der normalen A. hepatica und ihrer Varietäten sowie der Blutversorgung der Leber. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1907, t. LXXXVI, p. 18.

(2) Rossi et Cova. Studio morfolico delle arterie dello stomaco. *Arch. italian. di Anat. e di Embriologia*, Florence, 1904, t. III, p. 485 et 566.

(3) Sousloff. *Arch. russes de chirurgie*, 1907, t. V.

(4) Descomps. *Le tronc cœliaque.* Paris, Steinheil, 1910.

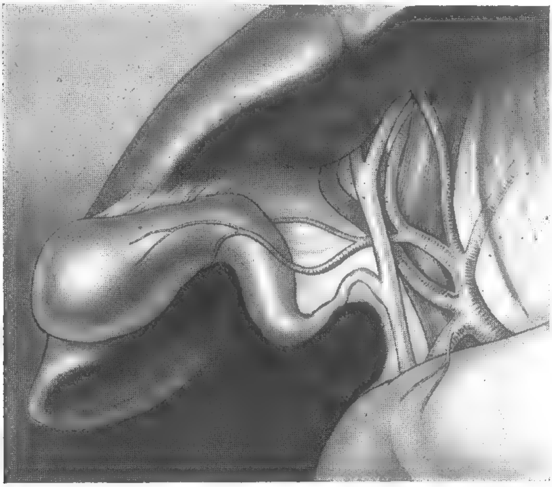


Fig. 8. — L'artère hépatique donne quatre branches dont trois destinées au foie et une gastro-duodénale. D'une branche hépatique allant au lobe gauche du foie se détache une artère cystique qui croise la face postérieure du canal hépatique sur le bord droit duquel elle se divise en deux branches beaucoup plus longues que le tronc d'origine gagnant les deux faces de la vésicule.

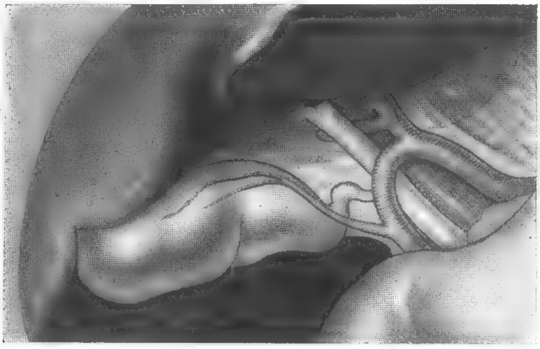


Fig. 9. — Artère cystique naissant de l'artère gastro-duodénale, longue de 3 centimètres et assez volumineuse.

pouvons en rapprocher celles encore inédites faites par un de nos anciens internes, M. da Silva Rio Branco, qui ont porté sur cinquante sujets (1).

Rapprochant ces 50 dissections des 118 de Sousloff et des 96 de

(1) Da Silva Rio Branco. *Essai sur l'anatomie du tronc cœliaque et de ses branches, artère hépatique en particulier* (actuellement sous presse).

Rossi et Cova (Budde ne donne pas le nombre de ses dissections), M. Rio Branco arrive à un total de 264 cas.

Sur ces 264 cas il trouve 223 fois, soit 88 p. 100, une artère cystique unique, 31 fois une artère cystique double, 12 p. 100 (1).

L'artère cystique unique naissait 213 fois, 92 p. 100, de la branche droite de l'artère hépatique, 8 fois du tronc de l'hépatique, 7 fois de la gastro-duodénale, 3 fois de la branche gauche, 1 fois d'une hépatique moyenne, 1 fois de la mésentérique supérieure.

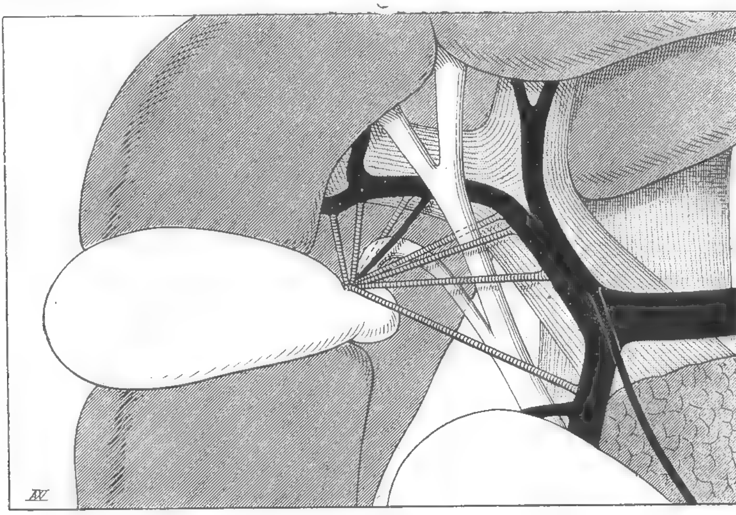


FIG. 10. — Directions variées de l'artère cystique suivant son point d'origine. Le trait plein indique la disposition de beaucoup la plus fréquente. On voit que l'artère cystique est d'autant plus *courte* que son émergence se fait plus *près de l'extrémité droite du hile* (Rio Branco).

L'artère cystique double naissait 21 fois de la branche droite de l'artère hépatique, 6 fois de cette branche droite et de la gastro-duodénale, 3 fois de la branche gauche, 1 fois de la branche gauche et du tronc de l'artère hépatique.

Qu'elle soit simple ou qu'elle soit double, l'artère cystique naît dans 88 *à* 89 *p.* 100 *des cas de la branche droite de l'artère hépatique.*

Dans ses recherches, M. Rio Branco n'a pas distingué les artères cystiques en longues et courtes, mais il a précisé leur origine par rapport au canal hépatique. Sur 56 cas, il a constaté

(1) Descomps arrive à des chiffres très analogues, 80 p. 100 d'artère cystique unique, 18 p. 100 d'artères cystiques doubles.

qu'elle naissait à droite du canal 40 fois, à gauche 12 fois, devant 3 fois, derrière 1 fois.

Toutes ces distinctions, intéressantes pour l'anatomiste, le sont beaucoup moins pour le chirurgien. *Pratiquement*, ce qui nous intéresse, c'est que, quelle que soit leur origine, quelle que soit leur longueur, *la ou les artères cystiques abordent la vésicule au voisinage de son col* (fig. 10).

Quelles conclusions peut-on tirer de ces constatations anatomiques au point de vue opératoire? C'est ce que MM. Gosset et Desmarets ont cherché à faire dans la deuxième partie de leur mémoire.

2° — *La ligature de l'artère cystique dans la cholécystectomie.*

Un premier point nous semble devoir être établi. *Il faut éviter de lier en même temps le canal cystique et l'artère.* En agissant ainsi, on s'expose à comprendre dans la ligature une portion plus ou moins importante du segment de canal hépatique limitant un des côtés d'un petit triangle décrit par Calot et formé par le canal hépatique en dedans, l'artère cystique en haut, le canal cystique en bas. Cet accident ne serait pas rare, au dire de Kehr, qui en a publié un cas personnel (1).

D'après MM. Gosset et Desmarets, il est impossible de lier l'artère cystique en un point toujours le même (comme on le fait pour l'utérine et pour la gastro-duodénale), l'artère étant tantôt au-dessus du canal cystique, tantôt au-dessous, l'artère cystique pouvant être dédoublée, l'une étant au-dessus et l'autre au-dessous du cystique.

Pour pouvoir faire en une seule fois et avec sécurité la ligature du pédicule vasculaire de la vésicule, il faut, nous disent Gosset et Desmarets, tourner la difficulté en pratiquant, toutes les fois que les conditions opératoires le permettent, la *cholécystectomie de bas en haut.*

« En exceptant les cas, qui deviendront plus rares grâce à la précocité des interventions, de cholécystite très ancienne, avec multiples adhérences fusionnant ensemble tous les organes du pédicule hépatique, nous nous efforçons toujours d'enlever la vésicule sans l'ouvrir, *en procédant de bas en haut, du cystique vers le fond.*

Dès que le péritoine pariétal est incisé et que la vésicule est repérée, on libère la face inférieure de cette vésicule, on tire sur elle; on tend ainsi et on met en saillie le cystique qui conduira l'opérateur jusqu'au cholédoque (Hartmann).

(1) Kehr. *Technik der Gallensteinoperationen.* München, 1905, 2e partie, obs. CLIV, p. 340.

En procédant avec beaucoup de douceur, au moyen d'une sonde cannelée ou mieux encore avec le doigt, on isolera le canal cystique jusqu'à sa réunion avec le canal commun. Il est capital de repérer la voie biliaire principale, de reconnaître le carrefour triple formé par l'hépatique, par le cholédoque et par le cystique; faute de quoi, on s'expose à couper du canal cystique ou trop ou trop peu : ou trop peu, en laissant un moignon de cystique qui plus tard pourra être cause de récidive; ou trop, en entamant et en blessant latéralement le canal commun.

Donc, après avoir isolé le cystique jusqu'à son abouchement dans le

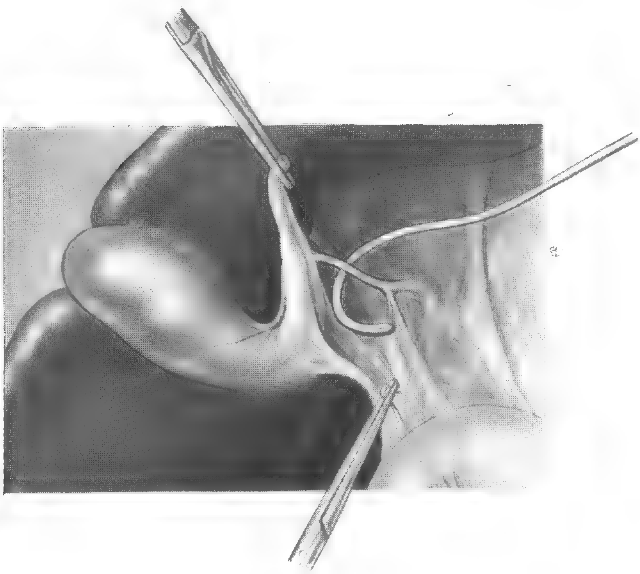


FIG. 11. — Ligature d'une cystique unique dans la cholécystectomie de bas en haut.

canal commun, saisissez-le tout près de sa terminaison, entre deux pinces de Kocher et ne saisissez que lui, en respectant les tissus voisins. Alors sectionnez-le et, tirant sur lui, cherchez à l'amener au dehors. Vous allez ainsi tendre toutes les artères qui le longeaient de plus ou moins près pour aller gagner la vésicule. Et quel que soit le type anatomique d'artère devant lequel vous vous trouverez, quelles que soient les variétés d'origine, de direction et de situation. vous élongez par cette traction et vous mettez en relief les artères et le méso qui les contient et vous n'aurez plus qu'à les prendre dans une pince ou à jeter autour d'elles un solide catgut pour être assuré de pratiquer une hémostase complète de toutes les branches artérielles.

Cette manière de faire peut être comparée à ce qui se passe dans le procédé d'hystérectomie totale de Doyen, par désinsertion première du

vagin. Grâce à la désinsertion du vagin, les artères utérines se décollent, s'élèvent et se tendent, et s'offrent ainsi pour une ligature aisée.

En somme, en pratiquant *la section première* du canal cystique et en liant ensuite les artères ainsi tendues, isolées et soulevées, vous procédez comme *dans certains cas* d'appendicectomie où il est commode de faire *d'abord* la section de l'appendice, puis ensuite la ligature du méso.

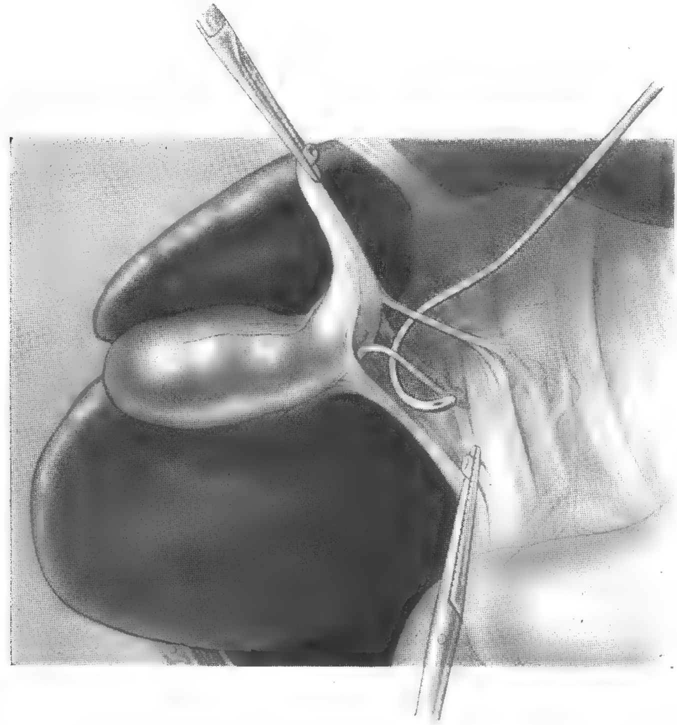


FIG. 12. — Ligature d'artères cystiques doubles dans la cholécystectomie de bas en haut.

Cette pratique, exceptionnelle dans l'appendicectomie, doit être la méthode de choix dans la cholécystectomie.

Cette manière de faire a encore un autre avantage, elle élonge les artères et permet de les lier le plus loin possible de leur origine, donc sans risque pour l'artère hépatique. »

En même temps qu'il nous apportait un travail anatomique et opératoire, M. Gosset nous présentait un mémoire purement clinique, contenant vingt-cinq opérations de cholécystectomies pratiquées depuis son rapport au Congrès de chirurgie, en octobre 1908.

Ces cholécystectomies ont été exécutées dans deux conditions différentes :

A. Comme opération primordiale, *cholécystectomie d'emblée*, dans la lithiase exclusivement vésiculaire.

B. Comme opération *complémentaire*, après cholédochotomie et drainage de l'hépatique.

« Au cours de ces interventions j'ai, écrit M. Gosset, toujours cherché à me conformer aux règles qui doivent à l'heure actuelle nous guider dans la chirurgie des voies biliaires : s'efforcer de toujours enlever la vésicule; pratiquer cette ablation en procédant non pas du fond de la vésicule vers le col, mais en remontant du cystique vers le fond, *de bas en haut*, c'est-à-dire en faisant une cholécystectomie rétrograde ; attacher une importance toute particulière à la ligature de l'artère cystique, que l'on doit reconnaître et lier isolément.

« Dans ces interventions, j'ai toujours, ainsi que je l'avais déjà formulé avec insistance en 1908 (1), cherché à mettre le minimum de temps pour l'acte opératoire et j'ai employé, comme anesthésique de choix, l'éther. Deux ans après, M. Quénu a lui aussi préconisé l'emploi de l'anesthésie à l'éther chez les ictériques. La lecture de mes observations montre que 14 fois sur 25, c'est l'éthérisation qui a été employée. Dans les 11 cas où le chloroforme a été administré, c'est qu'il existait des signes de bronchite ou de congestion de la base droite, ou à cause du grand âge des malades. »

Les règles posées par M. Gosset me semblent justes d'une manière générale et personnellement je les accepte, tout en avouant que je continue à employer le chloroforme comme anesthésique général et que je n'ai jamais eu à noter d'inconvénients sérieux de son emploi.

Le procédé de cholécystectomie rétrograde, que préconise M. Gosset et qu'ont déjà décrit et pratiqué Mayo et Moynihan, semble *a priori* excellent. Aux avantages qu'il présente au point de vue de l'hémostase, point visé par MM. Gosset et Desmarets, nous ajouterons que par le décollement de bas en haut de la face profonde de la vésicule, on peut même en ajouter un autre, celui de réaliser une décortication en partie sous-séreuse de la vésicule ; l'ablation de la vésicule terminée, on se trouve dans de meilleures conditions pour réaliser une péritonisation exacte des surfaces cruentées.

Personnellement, je n'ai jamais eu recours à cette cholécystectomie de bas en haut, à laquelle je reconnais cependant de réels

(1) Gosset. *Journal de Chirurgie*. Paris, 1908, p. 901.

avantages pour les cas faciles, malheureusement trop rarement rencontrés dans notre pratique parisienne, où les malades ne nous sont encore pas envoyés à des stades précoces de la lithiase biliaire. Il faut alors opérer différemment. M. Gosset conseille, du reste, de ne pas s'entêter à vouloir employer quand même le pro-

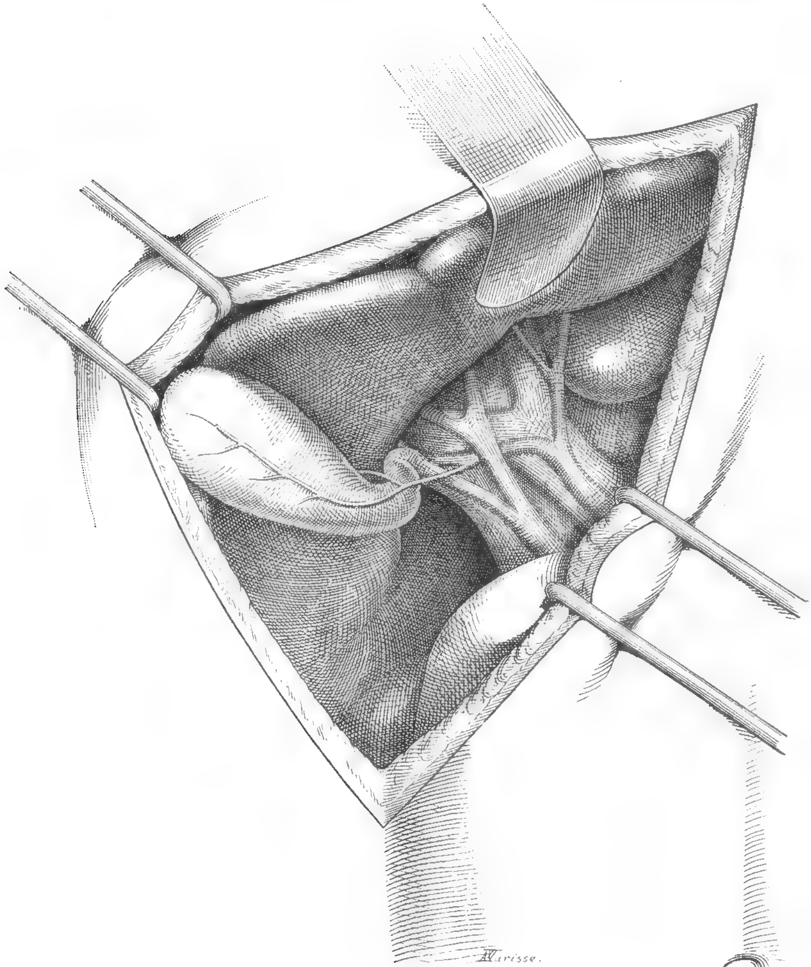


FIG. 13. — Aspect de la région sous-hépatique sur un sujet placé en lordose opératoire dorso-lombaire. La région du ligament hépato-duodénal est largement exposée; la vésicule biliaire est en place. Le triangle biliaire est peu étendu; on voit l'artère cystique naître dans l'aire du triangle de la branche hépatique terminale droite. Si l'on cherchait à lier l'artère cystique, on travaillerait bien près de la branche hépatique terminale droite et de la branche droite de la veine porte. Comparer avec la figure 14 (Rio Branco).

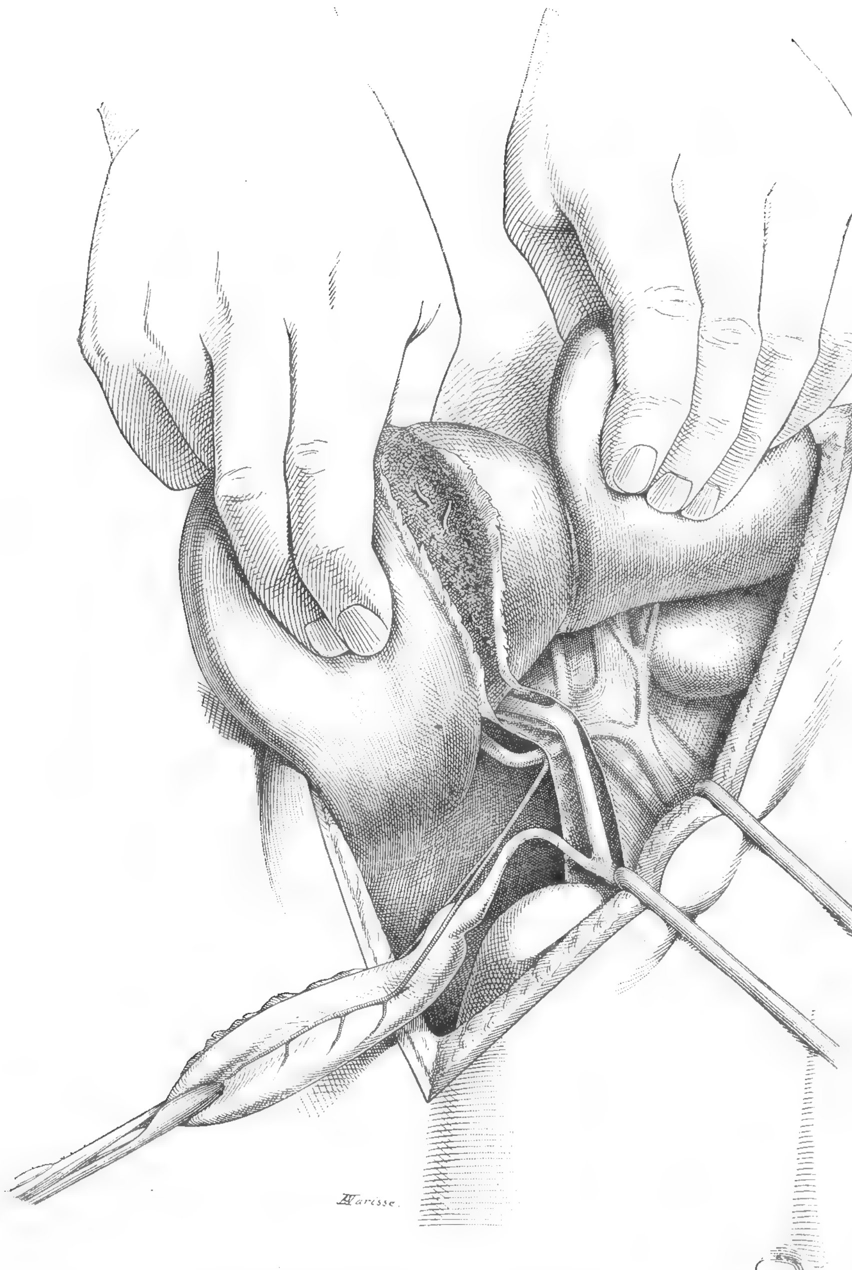


Fig. 14. — Le bord antérieur du foie a été extériorisé; la vésicule biliaire, décollée de son lit hépatique, a été attirée en bas et à droite. Le triangle biliaire se trouve agrandi; l'artère cystique tendue peut être liée sans le moindre danger, surtout si on place la ligature au voisinage de son attache vésiculaire (Rio Branco).

cédé qui lui paraît le procédé de choix. Il n'y a eu recours que dans 11 de ses 25 cholécystectomies, ce qui prouve bien que le procédé est loin d'être toujours applicable quand la vésicule est très distendue, très longue, ou très adhérente, M. Gosset suit, dans ces cas, une technique identique à notre manière de faire habituelle.

Nous libérons le fond de la vésicule, incisons le péritoine sur ses flancs, la libérons de son lit hépatique, cherchant à cheminer dans le bon plan de clivage, et l'attirons doucement à droite et un peu en bas. Par suite de cette traction, le pédicule artériel est tendu et constitue le plus souvent une sorte de petit ligament suspenseur du canal cystique (fig. 14). Rien n'est plus simple que de lier le tronc ou ses branches de division au voisinage du col de la vésicule. On se met ainsi à l'abri d'un accident, la lésion de la branche droite de l'artère hépatique, qui peut être intéressée lorsqu'on lie la cystique au niveau de son origine. On est de plus assuré de réaliser toujours d'une manière parfaite l'hémostase quels que soient le mode d'origine, le trajet ou le nombre des artères cystiques, ces artères pouvant varier quelque peu dans leur origine, mais abordant toujours la vésicule dans un point fixe.

En suivant notre technique, on arrive à lier le plus souvent sans difficultés l'artère cystique. Il faut bien savoir cependant qu'en pratique il y a des cas où ni le procédé préconisé par M. Gosset ni celui que nous employons ordinairement ne sont applicables.

Les conditions opératoires sont très diverses. Il y a des cas où les processus inflammatoires modifient l'aspect des parties, où le foie dur, caché sous le rebord costal, ne se laisse pas extérioriser; nous plaçons alors une pince sur les parties sus-jacentes au cystique et ne faisons que secondairement la ligature de l'artère. Ce qui importe, c'est d'aller doucement, de ne pas tirailler fortement les parties pour ne pas avoir de déchirures à distance. Restant toujours amarré sur le cystique, on empêche les parties de fuir dans la profondeur, on peut, si l'artère est coupée sans être pincée, saisir le point qui saigne et le lier; même dans ces cas difficiles, nous avons, en prenant ces précautions, toujours pu lier les artères de la région.

Telles sont les quelques considérations que nous voulions vous présenter sur le point un peu spécial de l'hémostase au cours de la cholécystectomie.

M. Quénu. — Il y a de grandes différences dans les conditions anatomiques suivant lesquelles on est appelé à enlever la vésicule.

J'ai réséqué la vésicule en sectionnant d'abord le pédicule;

le plus souvent j'essaie d'inciser le péritoine qui entoure le sommet de la vésicule et je profite du décollement général facile à ce niveau pour étendre ce décollement jusqu'au fond de la vésicule où le péritoine est adhérent. Cette manœuvre n'est pas toujours possible, parfois il existe une sorte d'œdème et de friabilité du péritoine qui fait qu'on n'en peut conserver que des débris; dans d'autres cas l'artère cystique et le canal cystique sont plongés dans une gangue indissociable.

Dans d'autres conditions enfin, dans les lésions anciennes, la vésicule rétractée est comme accolée à la voie principale, le cystique paraît confondu avec la vésicule atrophiée, si bien qu'on l'incise, croyant toujours être sur la vésicule, et qu'il est arrivé ainsi à quelques chirurgiens de couper le cholédoque en travers.

Cette diversité dans les lésions pour lesquelles nous sommes appelés à intervenir montre bien qu'il est impossible d'adopter une technique uniforme; néanmoins il est intéressant d'avoir une technique idéale de cholécystectomie sous-séreuse qu'on puisse utiliser le cas échéant, et c'est de la sorte que j'ai pu en juillet dernier, sans mèche et avec un drainage de courte durée, obtenir une réunion complète en moins de quinze jours. Ces réflexions n'enlèvent rien à l'intérêt des recherches de MM. Gosset et Desmaret.

Présentations de malades.

Plaie bucco-pharyngée par coup de revolver. Passage du projectile à travers la lèvre inférieure, la langue, le voile du palais, l'espace maxillo-pharyngé. Blessure du grand sympathique.

M. H. Morestin. — L'histoire des blessures par coup de feu de la cavité bucco-pharyngée est souvent instructive et intéressante à cause de la variété et de la multiplicité des lésions que peut semer le projectile sur son passage. Chez la jeune femme que je vous présente une balle de revolver a traversé successivement la lèvre inférieure, la langue, le voile du palais, l'espace maxillo-pharyngien, pour venir s'arrêter contre la masse latérale de l'atlas.

Son observation mérite d'être relatée avec quelques détails. Le 18 novembre dernier, cette malade, Marthe M..., âgée de trente ans, reçoit à bout portant, en tout cas de fort près, un coup de revolver, au niveau de la bouche. Elle ne perd pas connaissance, mais une hémorragie abondante est la conséquence immédiate de la blessure. La bouche et le pharynx se remplissent de sang, que

la pauvre femme, en proie à une angoisse légitime, rejette au prix de douloureux efforts. Cependant l'écoulement sanguin se modère assez rapidement et, quand Marthe M... est installée dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, une demi-heure environ après avoir été blessée, elle n'émet plus que de temps à autre quelques crachats sanglants. Les deux lèvres sont criblées de grains de poudre incrustés dans la peau et dans la bordure rouge. La lèvre inférieure est trouée tout près de son bord libre, à l'union de la peau et de la bordure rouge, à un centimètre à droite de la ligne médiane. L'orifice extérieur est fort étroit, à bords mâchés et noircis; l'orifice muqueux correspondant est lui-même très petit. Le projectile après avoir traversé la lèvre inférieure a heurté l'incisive médiane supérieure droite, l'a échancrée et laissée branlante dans son alvéole d'où s'écoule un peu de sang.

Plus loin la balle a rencontré la langue et l'a parcourue d'avant en arrière, plongeant dans sa masse, au voisinage de sa pointe, immédiatement à gauche de la ligne médiane, pour sortir en arrière du V lingual, à deux centimètres du plan médian. Ces plaies linguales saignottent légèrement; la moitié gauche de la langue est un peu augmentée de volume, très peu.

Plus loin encore la balle, poursuivant son trajet antéro-postérieur avec une faible obliquité de droite à gauche, a pénétré le voile du palais, au-dessus de l'amygdale et du pilier antérieur du côté gauche, très en dehors. De cette plaie coule encore un mince filet de sang. Le voile et la luette sont infiltrés et violacés. La malade crache péniblement et éprouve une gêne perpétuelle au niveau du gosier. Extérieurement on note un empâtement profond et diffus dans la partie supérieure de la région carotidienne.

Mais ce qui frappe le plus, c'est l'aspect étrange que donne au visage une érythrose intense siégeant exclusivement du côté gauche.

La rougeur très accusée occupe la moitié du front, la moitié dn nez, toute la moitié gauche de la face, la moitié gauche du cou et descend sur le thorax dans l'étendue de trois travers de doigts, toujours du seul côté gauche. Elle s'arrête à la ligne médiane, et le contraste est étrange entre la partie droite pâle comme il convient à une blessée sous le coup d'une vive inquiétude et qui a perdu beaucoup de sang, et la partie gauche d'un rouge très vif.

La peau semble plus chaude au niveau du territoire occupé par la vaso-dilatation. La malade se plaint de souffrir beaucoup de la tête, surtout à gauche. On note une inégalité pupillaire peu accusée.

Il n'était pas douteux que le grand sympathique fût lésé par le

projectile, qui avait dû traverser l'espace maxillo-pharyngien pour aller vers la colonne vertébrale. Mais où s'était-il arrêté ? La palpation extérieure ne fournissait à cet égard aucune indication. La malade pouvait exécuter les mouvements de flexion, d'extension et de rotation de la tête et du cou. Il était à présumer toutefois qu'il avait dû s'arrêter au contact immédiat d'une des vertèbres les plus élevées, puisque d'une part le grand sympathique était lésé, et que d'autre part le rachis semblait ne pas l'être. La radiographie nous le montra d'ailleurs bientôt arrêté au-devant de la masse latérale de l'atlas.

Mais entre le pharynx et la colonne vertébrale, n'avait-il en dehors du sympathique rencontré aucun autre des organes importants accumulés en cette région? Je ne pus relever nul indice de lésion du pneumogastrique, du spinal, du grand hypoglosse, du glosso-pharyngien ni du facial. De même, l'auscultation pratiquée au niveau de la tuméfaction sous-parotidienne ne révéla aucun souffle, ni la palpation aucun battement. Je ne crus pas devoir intervenir immédiatement, et me bornai à toucher à la teinture d'iode les divers orifices d'entrée ou de sortie de la balle.

Le lendemain, 19 novembre, je trouvai la malade dans un état d'extrême agitation, après une nuit détestable, se plaignant d'une céphalalgie très pénible prédominant du côté gauche, et d'un bruit particulier qu'elle percevait dans la tête, comparable pour elle à un bruit de « marmite en train de bouillir ». En outre, la dysphagie beaucoup plus accusée rendait très difficile la déglutition même de la salive.

L'empâtement carotidien s'était un peu étendu et une voussure se dessinait, soulevant la partie basse de la région parotidienne et la portion voisine de la région carotidienne. A l'endroit de cette voussure, pas trop accusée, d'ailleurs, faible douleur à la pression.

L'érythrose hémi-faciale et cervicale persistait, tout aussi accentuée. En outre, on notait une sudation continuelle sur la moitié gauche de la face et du cou. On notait encore du même côté une hypersécrétion lacrymale et de l'épiphora.

Quant au rétrécissement de la pupille gauche, il n'avait subi aucune modification.

Au troisième jour, la vaso-dilatation commença à s'effacer et disparut au quatrième. Mais la sudation persista pendant plusieurs jours. Le cou et la tempe se couvrirent de sudamina, toujours exclusivement à gauche. C'était encore un contraste curieux de trouver constamment à gauche la peau moite, et à droite absolument sèche.

La malade ne cessait de se plaindre de son mal de tête et de son

bruit de marmite, qu'elle oubliait pendant le jour, mais qui durant la nuit l'incommodait au point de la priver de sommeil. Pendant plus de trois semaines, elle ne manqua jamais de me faire entendre chaque matin ses doléances à ce sujet. Cependant, j'interrogeais tous les jours avec le plus grand soin cette sorte d'empâtement qui occupait la région carotidienne supérieure et dont l'apparition avait suivi de si près le traumatisme. Un épanchement sanguin pouvait seul l'expliquer, épanchement d'ailleurs médiocre et qui ne semblait pas avoir de tendance à s'accroître. Les bruits que percevait la malade étaient-ils sous la seule dépendance d'une vaso-dilatation intracranienne analogue à celle qui s'était manifestée extérieurement, ou bien ne s'était-il pas établi à l'instant du coup de feu une communication entre la carotide et la jugulaire? Jamais à aucun moment, je dois le dire, je ne pus percevoir à l'auscultation un souffle quelconque. Le troisième jour après la blessure, la légère voussure carotidienne parut faiblement soulevée par des battements, et pendant trois jours on put constater ce symptôme. Mais il n'y avait ni expansion ni souffle. Il s'agissait donc, selon toute vraisemblance, de battements transmis.

Il n'y eut jamais de fluctuation. Bientôt, du reste, commença la régression de cet empâtement, régression qui s'effectua d'une façon fort lente.

Pendant ce temps, que se passait-il du côté de la bouche?

Le séton labial s'oblitéra en peu de jours. La langue présenta un notable gonflement de la moitié gauche, mais ce gonflement demeura presque indolore et disparut promptement; les plaies linguales se cicatrisèrent très vite sans qu'on ait eu le moins du monde à s'en occuper.

Quant à la plaie du voile, son évolution fut moins simple. Malgré les attouchements quotidiens à la teinture d'iode, on ne put empêcher le trajet de s'infecter dans la partie voisine de la cavité bucco-pharyngée. La gêne de la déglutition que la malade éprouvait depuis le moment même de la blessure augmenta beaucoup le 24 décembre, au sixième jour par conséquent. Le 25, je trouvai l'amygdale gauche un peu refoulée en dedans, et notai également de la rougeur du pilier antérieur. A la pression, je fis refluer une goutte de pus par la plaie vélo-palatine. Je pratiquai alors sur le pilier antérieur une incision à peu près comme pour ouvrir une péri-amygdalite phlegmoneuse. J'évacuai ainsi une petite collection de pus fétide; le contenu de l'abcès pouvait être évalué à une cuillerée à café.

Cette petite intervention procura un soulagement immédiat. Mais deux jours après je dus la recommencer ; les deux lèvres de ma première incision s'étaient réunies, et la rétention persistait.

Ce nouveau débridement suffit à tarir la suppuration. Cinq jours après, la plaie était fermée définitivement.

Il ne persista plus dès lors que l'ecchymose du palais et de la luette, qui allait sans cesse se réduisant, mais avec lenteur. La luette imprégnée de pigments sanguins était devenue toute noire, elle garda pendant assez longtemps cette coloration qui lui donnait un aspect très singulier. Je vois dans mes notes que le 5 décembre elle n'avait pas encore disparu. A cette date, le pharynx était redevenu souple, symétrique, et la déglutition s'effectuait normalement.

Le 13 décembre, je procédai à l'extraction de la balle, opération réclamée par la malade avec une extrême impatience. A ce moment, non seulement il n'y avait plus trace d'érythrose faciale, mais le larmoiement avait complètement disparu et la sudation à peu près complètement. La malade, au début, prétendait voir un peu trouble de l'œil gauche ; il n'en était plus question. Le myosis persistait, toujours peu accusé. Il n'y avait jamais eu d'exophtalmie. Quant au bruit de marmite, il reparaissait encore de temps à autre.

Pour aller à la recherche de la balle, je traçai une incision oblique commençant au-dessous de l'angle de la mâchoire et remontant vers la mastoïde, dont elle dépassa la pointe en haut et en arrière.

Je séparai la parotide de la partie adjacente du sterno-mastoïdien, puis entamai avec prudence la partie supérieure de ce muscle. Je mis à nu le ventre postérieur du digastrique, libérai et disséquai avec soin son bord postéro-inférieur que je suivis le plus haut possible. Je fis soulever délicatement le ventre postérieur du digastrique, cherchai, reconnus, isolai et réclinai en avant la veine jugulaire interne, qui semblait intacte. En arrière d'elle, au devant de la masse latérale de l'atlas, je sentis une induration, un amas fibreux mal limité. Supposant que le corps étranger ne devait pas être bien loin, j'incisai cette masse résistante et ouvris une logette où se trouvait la balle, entourée d'une petite quantité de liquide jaunâtre un peu trouble. Je n'eus pas de peine à la saisir et à l'extraire. La voici. C'est une balle de plomb du calibre de 7 milimètres. Elle est à peine déformée.

La cavité où elle était enkystée offrait une surface un peu irrégulière, elle était comme tapissée de petites fongosités. Elle fut nettoyée à la curette. La vertèbre n'était pas dénudée.

La plaie fut réunie avec la précaution de laisser un drain. Les suites opératoires ont été très simples et la cicatrisation au huitième jour était complète.

Le 24 décembre, Marthe M... quittait l'hôpital Tenon.

Son état actuel est très satisfaisant. Le cou est bien souple. Aucune gêne ne persiste.

Il y a toujours une légère inégalité pupillaire.

La malade perdra prochainement sans doute son incisive médiane droite, qui a cessé de vivre et vacille dans son alvéole. Par contre, elle gardera comme souvenir durable de cette périlleuse aventure son tatouage labial bleu verdâtre.

Pour être complet, je dois dire que cette jeune femme à l'époque où elle a été blessée était enceinte de six mois, et que nous avons dû constamment nous préoccuper de cette situation. Mais il n'est survenu rien de fâcheux; la grossesse continue à évoluer d'une façon normale, et tout fait espérer qu'elle se terminera de la façon la plus heureuse.

Le point le plus remarquable de cette observation est assurément le syndrome sympathique. Il n'est pas douteux que le sympathique ait été lésé, et, selon toute probabilité, au niveau de la partie la plus élevée du ganglion cervical supérieur. Ce sont là des faits très rares, car à peine peut-on citer quelques exemples de blessures du grand sympathique.

Fracture verticale de l'extrémité inférieure du radius.

M. H. Morestin. — Au mois de février dernier, est entré dans mon service, à Tenon, salle Lisfranc, un homme de trente ans, René G..., qui tombé dans un escalier s'était fait à droite une fracture de l'épitrochlée, et à gauche une fracture du radius. La fracture de l'épitrochlée n'offrait rien de particulier, mais la lésion du radius est plus intéressante. C'est une fracture verticale commençant sur le bord cubital de l'os à trois centimètres environ de l'articulation, et venant aboutir à l'interligne radio-carpien, entre le scaphoïde et le semi-lunaire. Le fragment détaché répond par son extrémité articulaire exactement au semi-lunaire.

Les apophyses styloïdes sont intactes et de même les os du carpe.

Le malade n'avait présenté, on le pense bien, aucun des signes ordinaires des fractures du radius. Il présentait un gonflement général du poignet, mais un gonflement modéré.

Tous les mouvements étaient conservés, mais douloureux.

La recherche de la douleur localisée par la pression ne donnait pas des résultats assez nets pour faire soupçonner ce type de fracture assez insolite.



Bref, sans la radiographie, le malade eût été considéré comme atteint d'une simple entorse du poignet.

La guérison rapide et très complète a été obtenue par la compression à l'aide de la bande élastique et le massage.

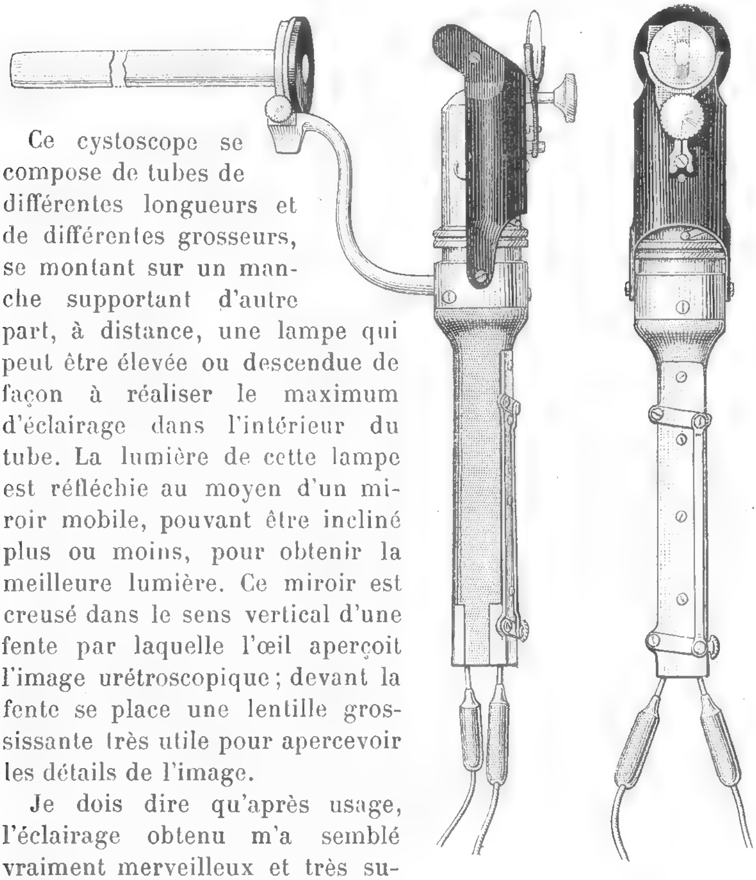
Présentation d'instrument.

Nouveau modèle d'urétroscope.

M. Marion. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, de la part de mon ami le Dr Heitz-Boyer, un urétroscope qui me paraît, après usage, des plus intéressants.

M. le Dr Heitz-Boyer a utilisé pour l'éclairage, non plus l'éclai-

rage interne, au moyen de lampes situées dans l'intérieur du tube urétroscopique, mais l'éclairage externe. Le principe n'est pas nouveau, c'est celui que Brünning a appliqué dernièrement à l'œsophagoscopie; il avait déjà été appliqué à l'urétroscopie, mais sans succès; en modifiant certains détails, M. Heitz-Boyer a obtenu un appareil qui me semble bien supérieur à tous ceux que nous possédons actuellement.



Ce cystoscope se compose de tubes de différentes longueurs et de différentes grosseurs, se montant sur un manche supportant d'autre part, à distance, une lampe qui peut être élevée ou descendue de façon à réaliser le maximum d'éclairage dans l'intérieur du tube. La lumière de cette lampe est réfléchie au moyen d'un miroir mobile, pouvant être incliné plus ou moins, pour obtenir la meilleure lumière. Ce miroir est creusé dans le sens vertical d'une fente par laquelle l'œil aperçoit l'image urétroscopique; devant la fente se place une lentille grossissante très utile pour apercevoir les détails de l'image.

Je dois dire qu'après usage, l'éclairage obtenu m'a semblé vraiment merveilleux et très supérieur à celui obtenu par l'éclairage interne. La supériorité de cet urétroscope sur l'urétroscope à lumière interne dont nous nous servons le plus couramment en France, consiste en ce que :

1° Au lieu d'avoir besoin de lampes de différentes longueurs appropriées à la longueur des différents tubes urétroscopiques ou cystoscopiques, et qui sont des lampes fragiles, on n'a plus

qu'une lampe pouvant être utilisée pour les tubes de toutes les dimensions;

2° La lampe étant extérieure n'encombre plus l'intérieur du tube et laisse utilisable tout son calibre, pour la vue et les maœuvres opératoires ;

3° Les lampes intérieures s'obscurcissent fréquemment par du sang ou des mucosités ;

4° Les lampes intérieures sont théoriquement des lampes froides qui peuvent être mises en contact avec un liquide froid, sans inconvénient pour le verre de la lampe. Pratiquement, elles sont souvent chaudes et cassent au contact de l'urine. Avec la lampe extérieure aucun accident de ce genre n'est possible;

5° La disposition de l'urétroscope que nous utilisons aujourd'hui est telle que la lentille grossissante est immédiatement située devant le tube et doit être écartée quand on agit dans l'intérieur du tube. Dans l'urétroscope d'Heitz, la lentille et la lampe sont suffisamment écartées de l'orifice du tube pour que l'on puisse travailler sans écarter la lentille; ceci a une importance, car la lentille grossissante est très utile pour bien voir;

6° L'éclairage extérieur donne une coloration plus naturelle aux images que l'éclairage intérieur; ceci est bien connu depuis les observations de Grünfeld.

En un mot, je considère l'instrument que nous présente M. Heitz-Boyer comme un instrument vraiment excellent, et supérieur à tous ceux qui existent aujourd'hui.

Le Secrétaire annuel,

HARTMANN.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1911

Présidence de M. ROUTIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. CHAPUT, demandant un congé d'un mois.

3°. — Des lettres de MM. SILHOL et COVILLE, remerciant la Société de leur nomination de membres correspondants.

4°. — Un travail de M. GOURDET (de Nantes), intitulé: *Appareils plâtrés à anse armée pour fractures compliquées ou opérations articulaires*. — M. WALTHER, rapporteur.

5°. — M. WALTHER dépose sur le bureau le volume des *Comptes rendus du 23e Congrès de Chirurgie, tenu à Paris en* 1910.

Des remerciements sont adressés au bureau du Congrès de Chirurgie.

A propos du procès-verbal.

Fibrosarcome pédiculé de l'intestin chez une femme atteinte de neuro-fibromatose généralisée.

M. HARTMANN. — La communication de notre collègue Morestin sur une série de cas de neuro-fibromatose généralisée, m'engage à verser au dossier de cette curieuse affection l'observation d'une malade venue dans mon service pour des accidents dus à un fibrome utérin et chez laquelle, au cours de l'opération qu'il a pratiquée, mon assistant, M. Lecène, a trouvé et enlevé avec succès,

un fibrosarcome pédiculé de l'intestin grêle. Voici cette observation telle qu'elle a été rédigée par M. Lecène :

Observation. — Mme D..., âgée de quarante-six ans, exerçant la profession de domestique, entre le 29 mai 1909, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service du Dr Hartmann.

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle souffre dans le ventre. Depuis cinq ou six ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait progressivement de volume ; elle avait elle-même pu palper une tumeur qui occupait le bas-ventre. Souvent, après une journée de travail fatigant, la malade ressentait des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre : jamais elle n'avait eu de troubles de la miction et les selles étaient assez régulières. Depuis deux ou trois ans, les règles qui avaient été, jusqu'à cette époque, normales comme périodicité et peu abondantes, devinrent plus fréquentes : elles revenaient toutes les trois semaines et duraient cinq ou six jours ; mais il n'y avait jamais eu de métrorragies dans l'intervalle des règles. L'état général ne s'était pas altéré et la malade pouvait travailler comme autrefois.

Le 26 mai 1909, la malade, en allant à la selle, s'aperçut qu'elle rendait du sang, couleur gelée de groseille ; elle évalue à un demi-vase de nuit (?) la quantité de sang qu'elle rendit ainsi. Inquiète, elle alla consulter un médecin, qui l'examina et lui déclara qu'elle avait un fibrome utérin et qu'elle devait se faire opérer.

Etat actuel. — La malade est pâle ; ses lèvres sont légèrement décolorées ; elle se plaint de vertiges, de troubles de la vue et d'étourdissements lorsqu'elle se lève et marche.

En découvrant la malade, on est frappé par la présence sur la peau du ventre et de la poitrine d'un très grand nombre de taches pigmentaires, couleur café au lait, ni verruqueuses, ni pileuses, à contours bien limités; ces taches pigmentaires sont surtout abondantes sur la face antérieure du thorax, dans le dos, et l'on en trouve aussi quelques-unes sur la face interne des cuisses: ces taches ne présentent pas de disposition métamérique, ni segmentaire; elles sont très irrégulièrement disséminées. Entre ces taches et occupant les mêmes régions (dos, face antérieure du thorax et de l'abdomen), on trouve un très grand nombre de tumeurs cutanées dures, de volume variable; les unes, rondes et grosses à peine comme un grain de plomb n° 6, sont enchâssées dans le derme; les autres, grosses comme des pois ou des haricots, font une saillie appréciable sous la peau et un certain nombre même sont pédiculées, soulevant un mince repli de peau (molluscum fibreux cutané). Aucune de ces tumeurs cutanées ne dépasse le volume d'un haricot : elles sont extrêmement nombreuses sur toute l'étendue des pigments du tronc et l'on en retrouve un certain nombre aussi sur la face antéro-interne de la cuisse, de chaque côté ; pas plus que les taches pigmentaires, ces petites tumeurs fibreuses n'affectent de disposition métamérique ou segmentaire.

Au dire de la malade, les taches pigmentaires existeraient depuis la naissance, tandis que les tumeurs fibreuses seraient apparues seule-

ment depuis six ou sept ans et augmenteraient progressivement de nombre.

L'examen des nerfs périphériques accessibles à la palpation ne permet de constater aucune tumeur le long des troncs nerveux.

A l'examen de l'abdomen, on constate, en outre, des taches et tumeurs cutanées déjà décrites, que le ventre est un peu gros et saillant en avant, dans sa moitié sous-ombilicale, sur la ligne médiane.

Par la palpation, on reconnaît facilement la présence dans l'hypogastre d'une tumeur dure, globuleuse, du volume d'une grosse orange; cette tumeur, manifestement intra-abdominale et non pariétale, remonte en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; à droite, elle déborde seulement la ligne blanche de deux travers de doigt, tandis qu'à gauche elle envahit la fosse iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur globuleuse, renflée en haut et à gauche, semble se continuer par un pédicule, dans la cavité pelvienne derrière la symphyse. Cette tumeur, de consistance très dure, est facilement mobilisable dans le sens transversal; elle est indolente à la palpation et mate à la percussion.

Le toucher vaginal permet de constater que le col, de volume normal, regarde dans l'axe du vagin : au-dessus du col, on sent une masse irrégulière, dure et indolente, du volume d'une orange, qui semble bien être le corps utérin; cette masse se continue par un pédicule large avec la tumeur intra-abdominale décrite ci-dessus et le tout se mobilise facilement dans tous les sens : cette mobilisation n'est pas douloureuse et les culs-de-sac latéraux sont souples. Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

Antécédents personnels et héréditaires. — La malade est réglée depuis l'âge de 13 ans : elle n'a jamais eu de grossesse. Elle n'accuse dans ses antécédents personnels qu'une bronchite assez grave il y a quinze ans; elle ne se rappelle pas de quoi sont morts ses parents.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal : les urines, examinées, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On porta le diagnostic de fibromes utérins multiples, chez une malade présentant les lésions cutanées caractéristiques du syndrome morbide, décrite par Recklinghausen.

Opération, 17 juin 1909 (M. Lecène). — Position de Trendelenburg Incision médiane de la symphyse à l'ombilic. On trouve aussitôt un utérus bourré de fibromes avec un gros fibrome sous-péritonéal, pédiculé, remontant en haut et à gauche ; les annexes sont normales de chaque côté.

On fit alors une hystérectomie supravaginale typique avec ablation bilatérale des annexes : hémostase: évidemment cunéiforme du col; suture du col; péritonisation complète, refermant les ligaments larges et recouvrant le moignon cervical.

A ce moment, on fait relever légèrement la malade de la position inclinée pour chercher l'appendice; on trouve cet organe normal, mais l'intestin grêle redescendant dans la cavité pelvienne sous l'influence de la pesanteur, on voit apparaître une tumeur rouge violacée du volume

d'une mandarine: cette tumeur occupe la portion moyenne du jéjuno-iléon; on l'extériorise après garniture soignée de la cavité péritonéale et on se met en devoir de l'extirper.

Cette tumeur est appendue sur le bord libre de l'intestin grêle par un pédicule large et court; le mésentère ne présente ni infiltration, ni adénopathie suspecte, on lie alors le mésentère correspondant à l'anse malade en trois paquets; puis on écrase l'intestin grêle au-dessus et au-dessous de la tumeur; la tumeur et l'anse grêle correspondante sont enlevés : après fermeture de chaque segment d'intestin grêle écrasé, par un double surjet à la soie fine, on pratique une entéro-anastomose latérale, isopéristaltique.

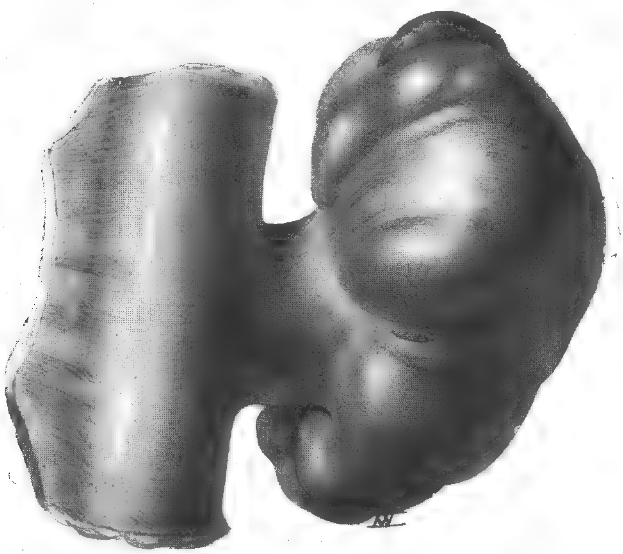


FIG. 1. — Sarcome pédiculé de l'intestin.

L'abdomen est alors refermé sans drainage, à trois plans de suture (catgut chromé sur les muscles).

L'opération a duré une heure dix minutes.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit guérie de l'hôpital le 8 juillet 1909.

Elle fut revue en juin 1910; elle se plaignait de douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses; elle n'avait pas maigri et digérait bien. La palpation du rachis ne révélait aucune douleur localisée au niveau des vertèbres lombaires, et il n'existait pas de déformation du rachis : la palpation de l'abdomen et le toucher vaginal ne montraient rien d'anormal; la cicatrice abdominale était souple et solide. Les petites tumeurs cutanées avaient plutôt encore augmenté de nombre depuis un an, mais aucune ne présentait d'accroissement individuel notable. Il n'existait toujours pas de tumeur appréciable sur le trajet des gros troncs nerveux périphériques accessibles.

Examen des pièces. — L'examen des pièces enlevées, au cours de l'opération, montra les particularités suivantes :

1° *Fibromes utérins.* — La portion d'utérus enlevée est du volume d'une orange; on ouvre la cavité utérine, qui présente une muqueuse épaisse et fongueuse avec plusieurs petits fibromes sous-muqueux; dans l'épaisseur du muscle utérin, on trouve également plusieurs fibromes interstitiels d'aspect typique, de volume variable. Le gros fibrome sous-péritonéal, à surface très vascularisée, est du volume d'une très grosse orange; sa surface est lisse; à la coupe, il ne présente aucune altération apparente; il est dur, criant sous le couteau, de couleur blanc rosé et plus vascularisé que les autres fibromes interstitiels et sous-muqueux.

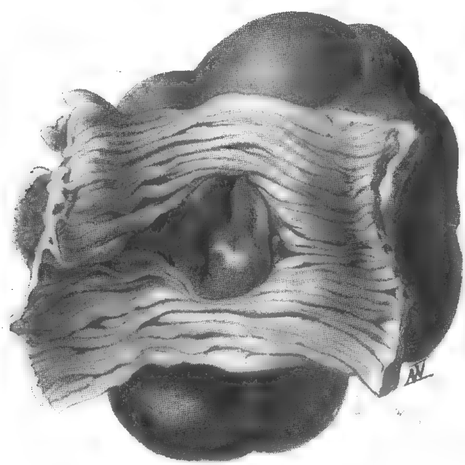


Fig. 2. — Aspect de la tumeur l'intestin ouvert.

Quelques coupes microscopiques, portant sur le gros fibrome sous-péritonéal et sur l'un des fibromes interstitiels, ont montré la structure typique et banale du fibromyome utérin, formé en parties à peu près égales de tissu fibreux assez vasculaire et de fibres musculaires lisses coupées dans tous les sens.

2° *Tumeur de l'intestin grêle.* — L'anse grêle réséquée a une longueur de 10 centimètres; son mésentère est normal; l'anse grêle elle-même, vue par sa face externe, ne présente aucune altération, si ce n'est au niveau de son bord libre une tumeur bosselée, d'une couleur rouge violacée, implantée par un large et court pédicule. Cette tumeur est libre de toute apparence et forme un véritable molluscum pendulum (voy. fig. 1) de l'intestin grêle. Lorsque l'on a ouvert l'intestin grêle, le long de son bord mésentérique (voy. fig. 2), on aperçoit la muqueuse normale avec ses valvules conniventes nombreuses; au milieu de l'anse grêle ainsi ouverte, on voit une sorte de bourgeon rougeâtre, tomen-

teux, qui perfore la muqueuse et fait saillie dans la lumière de l'intestin grêle, mais sans la rétrécir de façon appréciable.

La pièce ainsi examinée ayant été dessinée, on fit une coupe totale de la tumeur pédiculée extra-intestinale jusqu'à la paroi intestinale, inclusivement. Cette coupe permit de voir que la totalité de la tumeur était formée par un tissu rougeâtre, assez ferme, très vascularisé, qui se continuait jusqu'au bourgeon saillant à travers la muqueuse ; il n'y

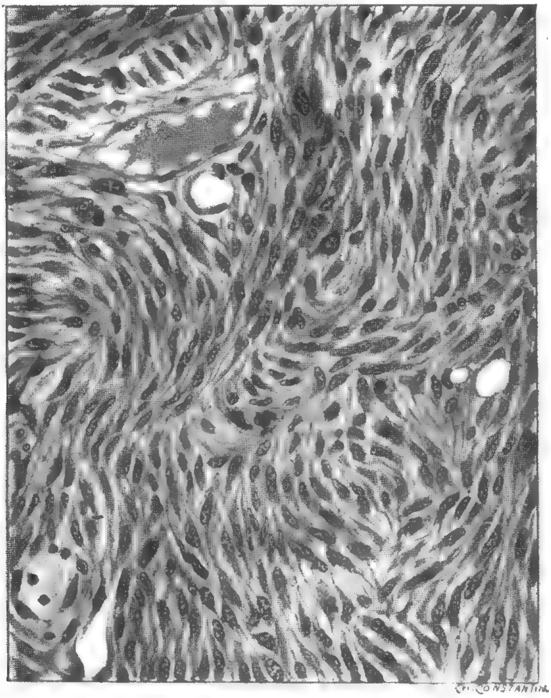


FIG. 3. — Coupe de la tumeur.

avait pas trace de cavité à l'intérieur de la tumeur, qui avait envahi l'intestin de dehors en dedans et avait usé, puis ulcéré la muqueuse.

On préleva des fragments de la tumeur en plusieurs points pour l'examen histologique.

La structure de la tumeur est très homogène ; elle est formée partout de t issu conjonctif jeune, à cellules fusiformes, à noyaux allongés, souvent boursouflés et atypiques; quelques-uns, en division par caryokinèse irrégulière (voy. fig. 3).

La vascularisation de ce tissu est très abondante, et quelques vaisseaux ne possèdent pas de paroi propre; leur lumière est formée simplement par une fente creusée entre les éléments de la tumeur.

C'est la structure d'un fibrosarcome.

Les coupes, portant au niveau du point où la tumeur a perforé la

paroi de l'intestin grêle, montrent que la muqueuse a été détruite comme à l'emporte-pièce par le bourgeon néoplasique saillant dans la lumière.

M. Lecène a fait suivre l'observation, qu'il m'a remise, de quelques remarques qu'il me semble intéressant de reproduire.

Il est incontestable que cette malade présentait les éléments « cutanés » du syndrome de Recklinghausen ; l'abondance et la distribution à prédominance thoraco-abdominale des taches pigmentaires et des tumeurs fibreuses intra-cutanées et pédiculées, étaient absolument typiques. Il semble bien que chez cette malade la « maladie » ou plutôt la dystrophie congénitale était en évolution, puisque depuis six ou sept ans, au dire de la malade, les tumeurs cutanées étaient apparues et augmentaient progressivement de nombre.

Nous n'attachons pas une très grande importance au développement, chez cette malade, de fibromes multiples de l'utérus; en effet, c'est là une lésion si banale chez les femmes de l'âge de notre malade, que nous ne voyons pas trop sur quel critérium on pourrait s'appuyer pour admettre un rapport de causalité quelconque entre l'existence chez cette malade du syndrome cutané de Recklinghausen et des fibromes utérins ; ces fibromes étaient, d'ailleurs, des fibromyomes, histologiquement typiques et sans particularité quelconque.

Il ne nous semble pas qu'il en soit de même pour la tumeur intestinale : ici, au contraire, nous croyons que l'on peut rationnellement établir une relation entre le syndrome de Recklinghausen et le fibrosarcome si particulier de l'intestin grêle.

La disposition anatomique de ce fibrosarcome est, en effet, très spéciale ; alors que la très grande majorité des cas, les sarcomes de l'intestin grêle, chez l'adulte, forment des tumeurs qui encerclent l'intestin et en dilatent la lumière à la façon d'un véritable « anévrisme », comme nous l'avons montré dans notre thèse (1904) ; ce sarcome-ci est *pédiculé* et son implantation sur l'anse grêle est limitée au bord libre de cette anse; c'est là une disposition tout à fait exceptionnelle. Un moment, nous avions cru que l'on pourrait peut-être rattacher ce fibrosarcome, limité ainsi au bord libre de l'intestin grêle, à un diverticule de Meckel dont la paroi aurait dégénéré en sarcome, comme dans une curieuse observation de Grégoire (1906). Mais la coupe totale de la tumeur que nous avions eu souci de pratiquer écartait immédiatement cette interprétation, car la tumeur, homogène, ne présentait aucune trace de cavité, ni de prolongement de l'intestin grêle à son intérieur ; bien au contraire, le néoplasme faisait saillie dans la lumière de l'intestin par un orifice taillé à l'emporte-pièce dans la muqueuse qui était

usée, comme il est assez commun de l'observer dans l'évolution des sarcomes vers la peau ou les muqueuses.

L'hypothèse d'un diverticule de Meckel, transformé en sarcome, étant ainsi complètement éliminée par l'examen de la pièce, il ne reste guère comme interprétation satisfaisante que d'admettre que ce fibrosarcome s'est développé sur un petit fibrome préalablement existant, au niveau de la paroi intestinale. On sait en effet que les viscères, et en particulier le tractus intestinal, sont fréquemment, eux aussi, le siège de néoformations conjonctives du type neurofibrome dans les cas de maladie de Recklinghausen, comme le prouvent entre autres les observations de P. Marie et Couvelaire (1900) et une autopsie récemment publiée par Laignel-Lavastine (1905).

On peut évidemment objecter que ce n'est là qu'une hypothèse et que l'on n'a pas constaté chez notre malade la présence d'autres tumeurs fibreuses sur l'intestin grêle; cette objection est exacte; mais il est bien évident qu'au cours d'une laparotomie, lorsque l'on ne pense trouver qu'un fibrome utérin, loin d'explorer systématiquement l'intestin grêle, on essaye plutôt de le dissimuler rapidement sous des compresses, et chez notre malade, c'est le hasard seul qui nous a fait découvrir la tumeur intestinale, au moment où l'on cherchait l'appendice, à la fin de l'opération.

Nous pensons donc que l'absence d'autres tumeurs fibreuses de l'intestin, chez notre malade, n'est pas un argument bien fort contre notre interprétation, puisqu'il n'y a pas eu d'examen systématique de l'intestin, et nous persistons à croire que très probablement, ce fibrosarcome, si particulier, pédiculé, de l'intestin grêle, *était un véritable molluscum fibreux de l'intestin grêle transformé en sarcome.*

Dans l'histoire clinique de notre malade on trouve notée l'apparition d'un melæna abondant, quelques jours avant l'entrée à l'hôpital ; ce melæna n'était guère explicable par l'examen clinique, qui ne révélait qu'un utérus fibromateux, libre d'adhérences et bien mobile : nous n'y avions pas (à tort) attaché autrement d'importance et nous n'aurions certainement pas pensé à chercher pendant l'opération du côté de l'intestin grêle ou du gros intestin la cause possible de ce melæna, si nous n'avions par hasard découvert la tumeur de l'intestin grêle : cette tumeur qu avait ulcéré, en la perforant, la muqueuse intestinale, était certainement la cause du melæna abondant observé chez notre malade.

La malade revue au bout d'un an ne présentait pas trace de récidive locale sur l'intestin grêle ni dans la cavité péritonéale ; les fonctions intestinales se faisaient normalement et il n'y avait pas d'amaigrissement. A ce point de vue encore, notre observation est

intéressante, car la malignité du sarcome de l'intestin grêle, même dans ses formes adultes, fibrosarcomateuses, est très grande et les récidives sont en général rapides; les conditions mêmes où fut faite l'ablation de la tumeur chez notre malade ont été très favorables, car le néoplasme commençait seulement à envahir la paroi intestinale, et le mésentère était encore souple et non infiltré.

Au moment où nous avons revu la malade, elle souffrait de douleurs lombaires avec irradiations dans les urines : mais il était impossible de faire un diagnostic précis de localisation médullaire; en effet, il n'existait pas de troubles sphinctériens, ni de paraplégie; mais il est bien probable que les douleurs lombaires avec irradiation tenaient au développement, sur les racines rachidiennes de la queue de cheval, de nouveaux noyaux de neurofibromatose; on connaît en effet la localisation possible des neurofibromes à ce niveau, et d'autre part la fréquence de l'apparition de nombreux nodules nouveaux lorsque la maladie prend une évolution maligne, ce qui semblait bien être le cas chez notre malade. Nous l'avions adressée au professeur Marie, qui voulut bien la garder quelque temps dans son service, malheureusement la malade quitta l'hôpital et fut perdue de vue. Nous pensons que l'évolution de la neurofibromatose chez cette malade a dû être depuis lors rapidement progressive, comme c'est malheureusement le cas le plus fréquent, lorsque à la « dystrophie congénitale » à évolution lente qui caractérise la maladie de Recklinghausen dans la première (et parfois la seule) période de son évolution vient s'ajouter la « transformation néoplasique à marche rapide », apparaissant en général sur un certain nombre de points de l'organisme, ce qui rend trop souvent illusoires, ou tout au moins très décevantes, les interventions chirurgicales dans ces cas. Nous avons cherché s'il existait dans la littérature des observations analogues à la nôtre. Nous n'en avons trouvé qu'une seule, dans une autopsie faite par Recklinghausen lui-même (1), la présence de deux nodules, l'un gastrique, l'autre jéjunal, ayant subi la transformation sarcomateuse, chez une femme de cinquante-six ans qui présentait le tableau anatomo-clinique complet de la neurofibromatose généralisée.

(1) Von Recklinghausen. Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Berlin, 1882, p. 15.

Rapports.

Ostéite des nacriers, par L. M. Ombrédanne, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Rapport de M. A. Broca.

Depuis assez longtemps déjà Englisch puis Gussenbauer ont décrit, à Vienne, des inflammations produites dans le système osseux par l'absorption de poussières de nacre, dans les ateliers où l'on tourne à sec cette substance. Je crois avoir publié le premier cas observé en France (*Rev. de Chir.*, 1903, t. XXVIII, p. 421) et depuis je n'en ai trouvé qu'un autre, relaté par Judet à la *Société de l'Internat* (novembre 1907, nº 9).

Voici l'observation d'Ombrédanne : je la reproduis sans la résumer, vu la rareté du fait, le premier relaté dans nos Bulletins.

Louis M..., âgé de quinze ans, est entré le 6 novembre dans le service d'enfants annexé à l'hôpital Saint-Louis.

Son père est alcoolique. Sa mère est morte d'un cancer. Un frère, âgé de vingt-cinq ans, est atteint de bronchite chronique, dit le malade. C'est probablement un tuberculeux pulmonaire. Une sœur est bien portante.

Depuis quatre ans, ce malade travaille, comme éventailliste, à tailler la nacre. Tous les jours, pendant une heure, il tient la pièce que scie le patron nacrier. A côté de l'instrument est installé un appareil aspirateur qui prend les poussières et les évacue hors de la pièce. Mais cet appareil ne fonctionne qu'en hiver et, pendant l'été, l'évacuation des poussières de nacre n'est plus assurée que par la ventilation large des fenêtres grandes ouvertes. Ce sont là des conditions de travail infiniment meilleures que celles où se trouvent les nacriers viennois; pourtant, le non-fonctionnement de l'aspiration pendant l'été paraît regrettable.

Indépendamment du sciage, ce jeune homme polit aussi de la nacre à la meule. Mais ce travail se fait entièrement sous l'eau, et il paraît difficile d'admettre que dans ces conditions il puisse avoir un rôle nocif.

Depuis trois ans, le malade accuse des douleurs intermittentes dans la cuisse gauche. Mais, depuis un mois, ces douleurs ont pris une acuité toute spéciale, et sont devenues presque continues.

Il souffre au réveil. Dans le courant de la journée, la marche est pénible, et le soir la douleur est toujours très vive.

Ajoutons que, depuis trois jours, le malade se plaint d'une douleur continue à la partie *interne et au tiers* moyen de l'avant-bras gauche. La palpation ne décèle rien de spécial à ce niveau.

Le malade est bien constitué, bien musclé.

On ne trouve pas de trace de rachitisme. La voûte palatine est ogi-

vale; les dents sont régulières et normales au maxillaire inférieur. Les incisives médianes supérieures présentent au niveau de leur bord libre une légère dentelure, et au milieu de la couronne une ligne d'érosion continue. Le crâne est bien conformé. Le squelette des membres et celui du thorax sont normaux.

Dans les régions sous-maxillaires, on trouve de petits ganglions durs et indolores. Il en existe aussi dans les deux régions inguinales, également mobiles et durs.

Toutes les articulations sont saines, et jouissent d'une mobilité parfaite.

La cuisse gauche est plus grêle que la droite. Les mensurations comparatives, faites au niveau des tiers supérieurs, donnent 45 centimètres à droite, 42 centimètres à gauche.

A droite, le squelette de la cuisse, de la jambe, l'articulation du genou sont normaux.

A gauche, le tibia, le péroné, la rotule sont normaux.

Les mouvements de la hanche gauche et du genou gauche sont libres; lorsqu'on mobilise ces articulations, le malade accuse une légère douleur à la partie moyenne de la cuisse.

Sur le trajet de la veine saphène interne, on rencontre deux phlébolithes. L'un est à deux travers de doigt sous l'interligne articulaire du genou, l'autre, à deux travers de doigt plus bas. Tous deux sont à un travers de doigt derrière le bord postérieur du tibia. Ils ont le volume d'un petit pois, ou un peu plus; ils sont indolores spontanément, douloureux à la pression; la peau est mobile sur eux; ils adhèrent à l'aponévrose.

La tumeur inférieure date de six ans, l'autre est d'apparition récente, d'un an environ.

Donc une de ces tumeurs au moins est apparue avant que le malade n'ait exercé sa profession actuelle.

Au palper, on constate que les muscles de la cuisse gauche sont plus mous et plus flasques que ceux de la cuisse droite.

Au palper également, on constate que le fémur gauche est le siège d'une augmentation de volume fusiforme, commençant au-dessus du niveau des condyles, ayant un maximum au tiers inférieur du fémur, et disparaissant vers la partie moyenne de la cuisse.

Il semble exister un autre renflement osseux au tiers supérieur du fémur. Cette tuméfaction osseuse est très sensible à la palpation.

Radiographie. — Les épreuves radiographiques que nous avons pu avoir sont médiocres. Néanmoins, on peut constater l'existence d'un fuseau périostique net au tiers inférieur de l'os, et d'un renflement moins net remontant, sur la vue de profil, jusqu'à la partie supérieure de l'os. A un léger degré, il y a une périostose analogue autour des radius.

Nous avons envisagé successivement les hypothèses de syphilis, de tuberculose, d'ostéomyélite.

Le traitement spécifique a été institué le 19 novembre, et le malade a subi dix piqûres de biiodure de mercure.

Au dire du malade, qui s'observe beaucoup, la tuméfaction osseuse aurait quelque peu diminué, mais serait devenue beaucoup plus douloureuse. Nous n'avons pas eu l'impression que cette diminution de volume ait été réelle, et la tumeur ne nous a nullement paru modifiée par ce traitement.

Le 4 novembre, nous avons fait exécuter la réaction de Wassermann, qui a été négative.

Nous avons soigneusement examiné le malade au point de vue tuberculose.

En arrière, il semble qu'à la percussion il y ait un peu de submatité dans la forme sus-épineuse gauche. Les vibrations n'y sont pourtant pas exagérées. Le murmure vésiculaire y paraît un peu diminué. Partout ailleurs, rien d'anormal, ni à la palpation, ni à la percussion, ni à l'auscultation.

En avant, il semble qu'à gauche on trouve un peu de submatité avec une diminution légère du murmure vésiculaire.

Une intradermo-réaction a été faite le 4 novembre ; la réaction locale a été nette ; mais il n'y a eu aucune réaction générale et la courbe de la température n'a pas été influencée de manière appréciable. Somme toute, aucun résultat concluant ne peut être retenu de cette épreuve.

Songeant à une forme atténuée d'ostéomyélite, nous avons fait faire l'examen du sang, le 5 novembre. On a trouvé :

Globules rouges	3.940.000
Globules blancs	14.000
Leucocytes polynucléaires	66 p. 100
— éosinophiles	1 —
— lymphocytes	22 —
— grands mononucléaires	11 —

Cet examen ne donne donc aucune indication spéciale. Le chiffre des polynucléaires est normal. Seuls les grands mononucléaires sont numériquement augmentés, ce qui dans le cas particulier est sans intérêt. Il est à noter cependant que la température oscille entre 37°5 et 38°5.

Somme toute, ce malade présente une ostéo-périostite diaphysaire, qui a résisté à l'action du traitement spécifique.

La forme diffuse de la lésion, son siège, sa localisation périostique, les douleurs spontanées auxquelles elle donne lieu, cadrent mal avec l'hypothèse d'une tuberculose, d'autant plus que les douleurs datent déjà de plusieurs années.

C'est aussi la marche lente, la localisation d'emblée diaphysaire, l'intégrité apparente de l'os après un temps relativement long, l'absence de phénomènes aigus au début de l'affection qui semble évoluer de manière progressive, qui nous font douter du diagnostic d'ostéomyélite chronique d'emblée.

L'âge du malade, l'allure de la maladie, les douleurs, l'épaississement périostique s'accordent bien avec ce que nous savons de

l'ostéite des nacriers. C'est seulement l'amyotrophie, nette chez ce malade, qui paraît quelque peu anormale.

J'ai examiné le sujet lorsque M. Ombrédanne nous l'a présenté, et mon impression a aussi été qu'il fallait, malgré l'hyperthermie légère, incriminer la nacre : et les périostoses latentes des radius, reconnaissables seulement par la radiographie, me confirment dans cette opinion.

On sait que cette ostéite a coutume de s'arrêter, en laissant des hyperostoses plus ou moins grosses, lorsque le sujet devient adulte. J'ai revu, il y a quinze jours, le malade dont j'ai publié l'histoire : il est au régiment, et depuis trois ou quatre ans n'a plus eu aucune poussée, après avoir souffert, à intervalles variés, de plusieurs os successivement, de quatorze à dix-huit ans. Il m'a d'ailleurs fourni la preuve que la maladie est peu connue ; quand il a dit, au régiment, qu'il avait des hyperostoses par ostéite des nacriers, on lui aurait répondu que ce sont propos de concierge. Si ces lignes tombent par hasard sous les yeux de notre confrère de l'armée, elles lui apprendront que j'assume la responsabilité du diagnostic.

M. Rochard. — L'ostéite des nacriers paraît être une maladie bien connue dans certains milieux, puisque dans le quartier du Combat, quartier des nacriers, j'ai lu sur bien des murs une affiche portant cet en-tête : « L'ostéite des nacriers est une maladie contagieuse. »

M. Broca. — Les auteurs de l'affiche ont tort, en ce sens que cette maladie n'est pas contagieuse, mais ils ont raison si, avec cette dénomination vicieuse, ils demandent que l'on améliore la ventilation des ateliers où on tourne la nacre à l'air.

Décollement épiphysaire du fémur avec plaie poplitée. Résection du cal et du fémur. Guérison, par M. le Dr Pillet (de Rouen).

Rapport de M. le Dr SAVARIAUD.

Notre confrère le Dr Pillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous a adressé une intéressante observation de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, lésion aujourd'hui bien connue dans son ensemble, mais qui ne laisse pas que de présenter encore des obscurités quant à son pronostic, ainsi qu'il résulte du remarquable rapport lu au Congrès de 1904, par le professeur Kirmisson et de la discussion qui suivit.

L'observation du Dr Pillet peut se résumer de la façon suivante :

Observation. — Un enfant de six ans et demi est bousculé par une

lourde porte de grange, qu'un coup de vent referme violemment; il tombe et sa cuisse est écrasée entre les deux battants.

Il est ramené dans son lit avec une jambe ballante et une large plaie poplitée, à travers laquelle pointe l'extrémité de son fémur. Cette plaie est désinfectée et tamponnée. Grâce à des soins assidus et malgré un état local très inquiétant pendant quelques jours, cette jambe est sauvée de l'amputation. Lorsque le gonflement s'affaissa, on s'aperçut seulement du chevauchement des fragments fémoraux. L'extension continue fut alors établie mais la consolidation était déjà vicieuse. Les vaisseaux et nerfs poplités tendus sur le chevalet osseux du fragment supérieur causèrent des accidents trophiques du pied : perte des dernières phalanges des orteils par gangrène sèche; large ulcération siégeant sur la face antéro-externe du pied. Ulcération à peine cicatrisée après trois mois de lit.



Fig. 1. — Radiographie de profil avant l'opération montrant le cal interfragmentaire.

Lorsque le Dr Pillet fut appelé l'aspect était le suivant :

Le profil postérieur de la cuisse est déformé par une forte bosse à laquelle correspond une dépression sus-rotulienne. L'articulation elle-même paraît libre. L'extension est complète; mais la flexion se limite à 175 degrés, la face postérieure du tibia buttant très vite contre l'extrémité du fragment fémoral.

Il s'agit, en somme, d'une fracture ancienne ne présentant plus ni douleurs, ni mobilité anormale; les masses musculaires sont seulement atrophiées et quelques ulcérations croûteuses persistent sur le pied. Elles paraissent dues aux seules compressions vasculaires; car, il n'existe pas de troubles de sensibilité sur les divers territoires nerveux.

Le raccourcissement de la cuisse est de 3 centimètres.

Le pied est enraidi en équin.

Intervention : par une incision externe passant en avant du tendon du biceps, le Dr Pillet attaque le cal au ciseau de Mac-Ewen et le sectionne

complètement. Il était déjà très solide. Les deux fragments désunis, il constate qu'après traction le chevauchement persiste. Par une nouvelle incision postérieure et après réclination attentive du sciatique poplité externe, il résèque environ 2 centimètres de l'extrémité inférieure du fragment supérieur.

La réduction est alors complète et il n'existe plus de relief poplité. L'articulation a été soigneusement évitée. Pas de sutures osseuses. Drainage poplité avec une petite mèche. Extension continue pendant trois semaines; puis, appareil plâtré en extension.

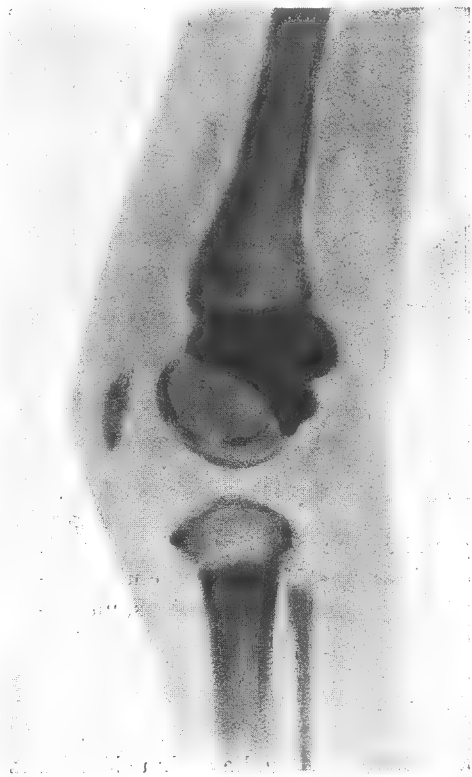


Fig. 2. — Radiographie de profil montrant le résultat (schéma).

Après six semaines environ, la consolidation s'est effectuée en bonne position. Le raccourcissement n'a pas augmenté à cause de la réduction des fragments. Notre confrère pratique alors une ténotomie du tendon d'Achille et mobilise le pied.

Actuellement le genou peut être fléchi à angle droit et même un peu plus. L'atrophie a disparu et la marche est redevenue possible. Le genou est surveillé de près afin qu'il ne se dévie pas secondairement en genu valgum.

Le résultat paraît aussi satisfaisant que possible, ainsi qu'on peut le constater sur les photographies jointes à l'observation.

L'observation de M. Pillet soulève plusieurs questions :

1° S'agit-il d'un décollement épiphysaire vrai ?

2° Dans cette hypothèse, notre confrère a-t-il bien fait d'opérer comme il l'a fait et, quelle sera la conséquence éloignée de l'opération, au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre ?

D'après la radiographie faite trois mois environ après l'accident, il semble bien qu'il s'agisse d'un décollement vrai, la solution de continuité passant au niveau du cartilage. Cette radio nous montre le fragment condylien situé à 3 ou 4 centimètres au-devant de la dia-



Fig. 3. — Photographie montrant le résultat.

physe, surface fracturée regardant en arrière et réunie à cette dernière par un cal d'os périostique qui se prolonge au-devant du fémur. On voit très bien le fragment supérieur arriver jusqu'à quelques millimètres de la peau du creux poplité et on conçoit bien qu'il ait pu soulever les vaisseaux et nerfs à la façon d'un chevalet.

L'opération était-elle indiquée? Oui, sans doute, de par cette compression des vaisseaux et nerfs. La suite a montré qu'à ce point de vue le résultat cherché a été obtenu et nous devons en féliciter M. Pillet.

Reste à nous demander quel est le sort réservé à ce malade. Son fémur va-t-il grandir comme si rien ne s'était passé, ou bien aura-t-il, comme celui de l'opéré souvent cité de M. Delens, un raccourcissement de 9 centimètres à la fin de sa croissance? Etant donné que M. Pillet a dû réséquer 2 centimètres du fragment supérieur, ce résultat est à craindre. Si au lieu d'un décollement vrai il se fût agi d'une *fracture juxta-épiphysaire*, les fragments étant mis bout à bout, l'accroissement ultérieur du membre n'eût point été troublé, mais la solution de continuité passant par le cartilage, et le fragment supérieur ayant été réséqué, ce raccourcissement me paraît fatal.



Fig. 4.

Déjà Poland a montré que de simples entorses épiphysaires, c'est-à dire des décollements sans déplacement, sont capables de stériliser le cartilage. Les expériences de MM. Cornil et Coudray viennent à l'appui des faits

cliniques rapportés par Poland. A plus forte raison, l'arrêt de développement paraît-il fatal quand on a réséqué le fragment supérieur qui contient la couche ossifiable du cartilage.

Pour en revenir au cas de M. Pillet, tout en félicitant notre confrère d'avoir supprimé les troubles trophiques et rétabli la mobilité du genou, je dois regretter qu'il n'ait pas pu obtenir ce résultat tout en respectant l'intégrité de la zone fertile du fémur.

Je sais bien qu'au bout de trois mois la chose devait être singulièrement difficile, cependant, pour un cas analogue datant de sept semaines et dans lequel le sciatique était comprimé, Hilgemeiner, de Prague (*Journal de Chir.*, 1909, p. 111), a réussi la reposition sanglante sans toucher au fragment supérieur. Dans le cas de M. Pillet qui était plus ancien, la chose eût été sans doute plus difficile. Cependant, à en juger par la radiographie qui montre un chevauchement peu accentué, je crois qu'elle eût été réalisable, et pour ma part j'aurais tout tenté pour la réaliser.

La conclusion est que le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, lorsqu'il s'accompagne de déplacement étendu et surtout de compression des vaisseaux et nerfs poplités, doit être considéré comme un cas de chirurgie d'urgence, justiciable exclusivement d'un chirurgien de carrière.

En présence d'un cas semblable ou présumé tel, on s'assurera par la radiographie ou par l'inspection directe du fragment supérieur, en cas de plaie poplitée, qu'il s'agit d'un décollement épiphysaire vrai, c'est-à-dire que le fragment supérieur est de surface hémisphérique, mamelonnée, lisse et encroûtée de cartilage. S'il en est ainsi, la réduction doit être obtenue séance tenante. S'il n'y a pas de plaie, on réduira par manœuvres externes en *flexion* à angle aigu, suivant le conseil de Mayo Robson, comme pour les fractures sus-condyliennes de l'humérus.

S'il y a déjà une plaie, celle-ci sera largement débridée, le foyer vidé de ses caillots, ainsi que l'articulation qui se trouve nécessairement ouverte. Le décollement sera réduit à ciel ouvert et la plaie largement drainée. C'est le seul moyen d'éviter l'infection du foyer, de la jointure, la gangrène du membre par compression et finalement l'amputation de la cuisse, ainsi que la chose a eu lieu en maintes circonstances.

Lorsque le chirurgien est appelé trop tard, comme M. Pillet, il réséquera le cal intermédiaire aux fragments et tâchera de mettre ces derniers bout à bout, sans en réséquer la plus petite parcelle. C'est le seul moyen, en cas de décollement vrai, de se mettre à l'abri d'un arrêt de développement du membre. Encore devra-t-on savoir que, quoi qu'on fasse dans bien des cas, cet arrêt de développement surviendra, puisqu'il suffit pour le produire dans les expériences

de MM. Cornil et Coudray d'une minime lésion du cartilage lui-même.

M. Broca. — Je désire insister sur ce fait, après Savariaud, qu'il ne faut pas réséquer le fragment supérieur ; dans un décollement non réduit, le fait constant est la formation d'un os nouveau, dans la gaine périostique que la diaphyse ancienne a abandonnée pour se luxer en arrière. Il faut s'attaquer à cet os nouveau, et, en le réséquant largement, faire de la place à l'os ancien.

Je diffère d'avis avec Savariaud sur ce point, qu'après réduction — laquelle doit en effet être faite en associant la flexion forcée du genou à la propulsion directe du fragment inférieur en bas et en arrière — il suffit d'immobiliser en extension, ce qui est bien plus agréable pour le patient que la flexion à angle aigu.

M. Lucas-Championnière. — Je partage les opinions de M. Broca sur l'opportunité de respecter l'os et de n'enlever rien de l'os qui pourra contribuer à la croissance. Toutefois, je pense que lorsqu'on opère à longue échéance, au milieu des parties infiltrées, altérées, il puisse arriver qu'on ne réussisse pas à se passer de cette résection.

J'ajoute que ce défaut de croissance secondaire pourrait aussi tenir à une altération du cartilage épiphysaire due au traumatisme.

En ce qui concerne le maintien du membre en flexion à angle aigu, je crois aussi qu'il est sans avantage et j'estime qu'il faudrait s'en abstenir.

M. Broca. — Je ne peux laisser passer sans protester, l'opinion de M. Championnière. A mon sens, la rétraction des parties n'a ici aucune importance. Et je répète qu'un chirurgien habitué à ce métier spécial, reconnaît bien l'os ancien et l'os nouveau, qu'il peut par conséquent s'attaquer au second et non au premier ; qu'il doit faire opératoirement ce qu'il veut dans le squelette. Quant à dire que, probablement, ce bout de diaphyse respecté ne servira plus à l'ostéogenèse, je ne conteste pas que ce soit possible, mais je suis sûr, d'après deux cas personnels terminés à longue échéance par un raccourcissement de 2 à 3 centimètres seulement, que sa conservation peut être de quelque utilité; par conséquent on doit l'avoir pour but, et on réussira, par la technique que j'ai indiquée. M. Pillet semble n'avoir pas connu cette technique pour sa première opération : c'est pour sa prochaine que j'ai parlé.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je ne puis que dire à M. Broca que tout ce qu'il conseille me paraît excellent. Mais je crains que ce ne soit pas toujours aussi facile qu'il le dit. Dans ce cas en particulier, le membre avait subi des troubles trophiques considérables et il est bien difficile de dire rétrospectivement ce qu'il était possible de réaliser ou ce qu'on ne pouvait réaliser.

M. SAVARIAUD. — Je m'associe pleinement à ce qu'a dit M. Broca. Je crois avoir fait assez de compliments à mon élève et ami M. Pillet pour avoir bien le droit de lui adresser dans son intérêt une légère critique. Nous sommes ici non pour tout louer aveuglément, mais pour dire entre nous ce qu'il faut faire. En pratique, il est entendu qu'on fait ce qu'on peut, ainsi que le dit M. Lucas-Championnière.

Communication.

Plaie de la plèvre, du poumon, du diaphragme et du foie par projectile de revolver. — Hémorragie et cholérragie. — Laparotomie. — Guérison.

M. E. POTHERAT. — Messieurs, le 27 octobre dernier, on amenait, à 4 heures du matin, dans mon service de l'hôpital Broussais, un jeune garçon de quinze ans qui, deux heures environ auparavant, avait reçu un projectile de revolver, tiré à la distance de quelques mètres et l'ayant frappé dans la région thoracique droite.

Au moment de son admission à l'hôpital, le blessé ne paraissait pas très sérieusement atteint. Il ne présentait aucun accident inquiétant, aussi l'interne de garde se contenta-t-il de nettoyer et obturer l'orifice unique de pénétration que lui révéla l'examen très complet du malade.

Je vis ce jeune homme à 9 heures, le lendemain matin. Il était un peu pâle; le pouls était un peu fréquent, mais le blessé n'accusait pas de souffrance. C'était déjà une petite aggravation sur l'état constaté pendant la nuit; toutefois, cela ne paraissait pas bien grave. Je m'occupai donc à mon service, mais, pendant que je pratiquais une opération, on vint m'avertir que l'état de notre petit blessé s'aggravait manifestement et rapidement. En effet, à 10 heures du matin, le pouls était devenu très petit, très fréquent, le tégument très pâle, les extrémités froides. Il y avait là les signes évidents d'une hémorragie interne abondante.

L'orifice d'entrée du projectile était situé sur la ligne mamelonnaire, au-devant de la 7e côte, à 10 centimètres de la ligne médiane. Au cas où elle eût pénétré, la balle devait avoir lésé la plèvre et le poumon; nous devions donc avant tout songer à un hémothorax. Or, le malade n'avait ni cyanose, ni gêne respiratoire très accentuée; de plus, il n'y avait ni matité, ni disparition du murmure vésiculaire; donc, il n'y avait pas d'hémothorax à droite. Ne sachant pas à ce moment quelle direction avait prise le projectile, j'explorai le péricarde, le cœur et la plèvre du côté gauche. Le résultat de cette exploration fut négatif.

Je portai donc mes investigations vers l'abdomen; il n'y avait pas de matité appréciable à la percussion, même dans les flancs, mais le ventre était rétracté, tendu, sensible, surtout à droite, à la palpation. Il y avait donc là des signes évidents pour faire admettre une pénétration abdominale. Et comme l'orifice d'entrée du projectile était à droite, j'estimai, étant données l'abondance et l'importance vraisemblables de l'hémorragie, que le foie devait avoir été atteint, et c'est vers lui que je résolus de me porter immédiatement par une laparotomie latérale droite.

Messieurs, dès que j'eus ouvert le péritoine, je vis un foyer hémorragique abondant, dont la source me parut être principalement sous-hépatique. Et en effet, ayant enlevé les caillots, épongé avec soin, je vis sous le foie, près du bord postérieur, sur le lobe droit, une déchirure transverse horizontale, longue de 3 longs centimètres, et par laquelle s'écoulait du sang en notable abondance, et aussi de la bile.

Le foie avait donc été traversé par le projectile; je fis appliquer un tamponnement momentané sur la face inférieure du foie, et j'explorai la face supérieure; je sentis, sur celle-ci, au devant du ligament coronaire, un petit orifice rond; il n'y avait pas d'hémorragie à ce niveau; je pensai donc que je pouvais ne pas me préoccuper de cet orifice, pas plus que de la plaie du diaphragme.

Je revins donc à la face inférieure du foie. J'ai dit que de la bile s'écoulait, ou tout au moins maculait les compresses et les anses intestinales. Nous étions dans le voisinage des voies biliaires, car nous étions près du sillon transverse. Je me demandai si celles-ci avaient été blessées. Je ne vis pas trace de lésion des voies biliaires ; la bile s'écoulait par la déchirure du foie ; la lésion avait porté sur des voies biliaires intra-hépatiques.

Je fis de suite cinq sutures séparées au gros catgut sur la rupture du foie. Cette suture, observée pendant quelques minutes, resta étanche. Elle le demeura par la suite; elle ne m'avait pas donné de sérieuses difficultés, malgré la profondeur de la lésion,

grâce à une incision transverse de la paroi abdominale, perpendiculaire à la première incision de laparotomie.

Avant d'achever l'opération, je fis une inspection rapide du foyer opératoire, afin de m'assurer que le projectile n'avait pas déterminé d'autres lésions et en particulier de lésions intestinales. Le côlon ascendant était intact, mais sous lui, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il y avait une suffusion sanguine. Rapprochant ce fait de la direction suivie par le projectile, il me parut certain que le projectile était ressorti de l'abdomen sans déterminer d'autre lésion.

Effectivement, la radiographie que je vous présente, de face et de profil, démontre que le projectile s'est arrêté à droite, dans la région lombaire, immédiatement au devant d'une apophyse transverse lombaire. Il n'a depuis lors déterminé aucun accident.

Je reviens à l'opération elle-même. Je terminai celle-ci par une suture complète de la paroi, à l'exception de l'espace nécessaire au passage de deux drains et d'une mèche de gaze allant au contact de la plaie de la face inférieure du foie. Les suites en furent des plus simples : un drain et la mèche furent retirés au bout de quarante-huit heures; l'autre drain un peu plus tard.

Il n'y eut aucun accident consécutif, et je vous présente le jeune garçon parfaitement guéri aujourd'hui.

Ce fait m'a paru digne de vous être rapporté. Il montre que, malgré la multiplicité des lésions, il a suffi de s'attaquer à la seule lésion qui menaçait immédiatement l'existence pour guérir le malade. Le résultat a été obtenu avec un minimum de manœuvres, sans résection thoracique, sans aucune intervention sur la plèvre, le diaphragme et la face supérieure du foie.

Cette multiplicité des lésions rendait difficile le diagnostic du foyer de l'hémorragie; mais l'examen méthodique et raisonné nous a conduit d'une manière précise à ce diagnostic.

Enfin il est digne de remarque qu'il n'y eut aucune réaction pleurale, autre que quelques frottements pleuraux passagers, sans épanchement.

M. Souligoux. — Je ne partage pas l'avis de M. Potherat sur la certitude qu'on peut avoir de la direction d'une balle tirée dans l'abdomen.

J'ai observé plusieurs malades atteintes de plaies de l'abdomen. L'une était une jeune fille qui se tira une balle dans la région sus-ombilicale. Je lui fis une laparotomie, et je ne trouvai aucune plaie intestinale ou stomacale, après une éviscération totale. Quatre jours après la blessée urina du sang, et la radiographie montra

que la balle se trouvait dans le rein gauche. Elle guérit sans incidents.

L'autre était une jeune femme qui s'était tiré une balle de Browning dans la région cardiaque. Quand je la vis, elle était pâle, exsangue, il n'y avait aucune manifestation du côté du cœur ou du poumon. Le pouls était absent. Je fis rapidement une laparotomie, et je vis sortir du sang coulant à gros bouillons, au point que je crus que le cœur était blessé. Après avoir vidé rapidement la cavité abdominale, je trouvai deux plaies du foie d'où le sang coulait à flot. La suture se fit très facilement. Rapidement je fis une éviscération totale, et, ayant constaté l'intégrité du tube digestif et des vaisseaux, je réduisis le tout. Guérison sans incidents. Je dois dire que lorsque j'opérai la malade elle était paralysée des deux membres inférieurs. Je la vis avec M. Raymond, qui conclut avec moi qu'il s'agissait d'un hématorachis, car la balle se voyait à la radiographie dans le corps de la onzième vertèbre dorsale. Peu à peu les mouvements revinrent, à l'heure actuelle, elle marche assez bien.

M. Michon. — J'ai opéré une malade ayant des lésions analogues à celles du blessé de M. Potherat. La balle ayant pénétré au niveau de l'organe de Traube avait traversé de part en part le foie. La plaie hépatique supérieure ne saignait pas, la plaie inférieure au contraire, éclatée, avait donné lieu à une hémorragie ayant nécessité l'intervention. L'estomac avait été également traversé de part en part. La balle perdue en arrière dans les masses prévertébrales y demeura sans inconvénient.

M. E. Potherat. — L'observation de mon ami Michon confirme ce qu'avait révélé la mienne; dans ces cas de plaie transhépatique l'orifice d'entrée sur la face supérieure est petit, rond, négligeable. L'orifice de la face inférieure est un éclatement et c'est à ce niveau que se fait l'hémorragie.

D'une façon générale je suis d'accord avec Souligoux. Quand un projectile a pénétré l'abdomen, et qu'on n'est pas renseigné sur la direction suivie par ce projectile, il convient d'explorer l'abdomen afin de rechercher partout une lésion viscérale toujours possible. Il n'en était pas de même dans le cas présent puisque je connaissais la direction du projectile.

M. Souligoux. — Je persiste à croire que l'on ne peut savoir quel est le trajet suivi d'une façon exacte par une balle, et qu'il est bon de faire un examen total de l'abdomen. Ainsi j'ai opéré une jeune fille atteinte d'une balle au niveau de l'arcade iliaque

gauche et chez laquelle j'ai suturé, entre autres perforations, une plaie du côlon ascendant. Or, la logigue aurait voulu que la balle eût suivi un trajet direct, tandis qu'au contraire celui-ci avait été oblique de gauche à droite.

M. E. Potherat. — Je n'accepte pas le rapprochement du cas que vient de signaler Souligoux avec le mien. Dans le cas de notre collègue, il était impossible de savoir quelle avait été la trajectoire du projeclile, donc il fallait procéder à une exploration complète.

Dans mon cas, j'avais l'orifice d'entrée sur le thorax, l'orifice sur la face supérieure du foie, l'orifice sur la face inférieure du foie, j'étais donc bien fixé sur la direction du projectile ; donc la suffusion sanguine rétropéritonéale était une indication suffisante, et point n'était besoin d'aggraver une intervention par des manœuvres longues, multiples et inutiles, puisque l'événement l'a prouvé.

Présentations de malades.

Mélanome profond du cou. Branchio-mélanome.

M. H. Morestin. — Voici une malade qui présentait une curieuse tumeur, un mélanome, ayant pris naissance dans la profondeur du cou, sans aucune lésion cutanée concomitante.

Mme R..., âgée de trente ans, entre le 7 décembre 1910, dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, 19, pour une tumeur volumineuse occupant la partie droite du cou. Cette malade a remarqué il y a six mois seulement la présence d'une masse arrondie du volume d'une noisette siégeant dans la région carotidienne supérieure. Jusque-là la santé avait été bonne, à part une bronchite un peu prolongée pendant un des hivers précédents. Un médecin consulté songea à une adénopathie bacillaire et pratiqua dans la tumeur une série de quatre injections d'éther iodoformé.

Le résultat de ce traitement fut détestable; les lésions prirent aussitôt un accroissement extrêmement rapide. On essaya alors de la radiographie, mais sans obtenir aucune modification heureuse; la tumeur continuait toujours à progresser, et après six mois seulement d'évolution présentait déjà des proportions considérables. En effet, quand la malade vint se confier à mes soins le 7 décembre, la tumeur, du volume du poing, occupait toute la région sterno-mastoïdienne supérieure, et la débordait en avant et en arrière, formant un relief très accusé, une saillie oblonge, allongée de haut en bas et d'arrière en avant.

Les téguments étaient intacts. La tumeur offrait une consistance très

dure, elle était assez mal limitée, adhérente au sterno-mastoïdien, adhérente dans la profondeur, fixée, immobile; elle était indolente à la pression.

Au-dessous de la masse la palpation ne permettait de reconnaître aucun ganglion nettement augmenté de volume, ni dans la région sous-maxillaire, ni dans la carotidienne au-dessous de la tumeur, ni du côté opposé.

L'état général était fortement touché, comme l'indiquait une pâleur très accusée. Cependant il n'y avait pas d'amaigrissement, la malade était une grande, grosse, forte fille, qui avait dû être très robuste et présentait encore une certaine résistance.

Il s'agissait sans aucun doute d'une tumeur maligne et même très maligne. Elle semblait primitive, car l'examen très minutieux de la cavité buccale et du pharynx, des fosses nasales, des téguments, ne montra aucune lésion, aucune altération quelconque, où l'on pût voir la cause première d'une adénopathie.

Tous les organes proches ou éloignés semblaient sains d'ailleurs, et nous nous trouvions cliniquement en présence d'une lésion isolée et autonome, lympho-sarcome ou branchiome.

Le 13 décembre j'opérai la malade, et l'intervention fut très laborieuse. Je traçai une grande incision curviligne commençant dans le cuir chevelu, en arrière de la mastoïde, et aboutissant au devant de l'os hyoïde. J'y ajoutai une autre incision oblique de haut en bas et d'avant en arrière, allant du voisinage de l'hyoïde à la clavicule, en arrière de l'insertion du sterno-mastoïdien. Je sectionnai ce muscle au ras de la clavicule, et d'autre part le désinsérai de l'apophyse mastoïde.

J'extirpai en bloc la tumeur et tous les ganglions du cou de ce côté, en réséquant la veine jugulaire depuis sa terminaison jusqu'au voisinage de la base du crâne. J'avais dû réséquer une partie du trapèze et des muscles de la nuque, et bien entendu sacrifier le nerf spinal.

L'opération fut très bien supportée, les suites excellentes, et quinze jours après la malade pouvait quitter l'hôpital.

Son état actuel est satisfaisant. Le cou est souple, et la déformation bien moindre qu'on ne pourrait le supposer. En dépit de la suppression totale du sterno-mastoïdien et d'une partie des muscles de la nuque, de la mise à nu des apophyses transverses, la malade n'a conservé aucune raideur. Bien plus, elle jouit de tous ses mouvements. Elle tourne facilement la tête du côté opéré comme de l'autre, la fléchit vers le sternum, la défléchit très aisément, l'incline vers l'épaule. Jamais on ne soupçonnerait que des muscles aient été supprimés.

En examinant la tumeur, j'avais été frappé de sa coloration noire. C'était tout à fait l'aspect ordinaire des tumeurs mélaniques, la coloration d'une truffe. Les ganglions eux-mêmes qui étaient augmentés de volume, bien que la palpation n'eût pas permis de les reconnaître, étaient fortement pigmentés. Sans être absolument noirs, ils présentaient le teint mulâtre foncé.

Comme il n'y avait aucune lésion cutanée nulle part, il était sûr que la lésion avait pris naissance dans la profondeur du cou, sous le sterno-

mastoïdien. En réfléchissant à l'origine possible de cette tumeur, il me sembla que l'on pouvait faire l'hypothèse d'une tumeur ayant pour point de départ quelques débris ectodermiques demeurés inclus au sein des tissus.

Pour m'éclairer sur la nature exacte du néoplasme, j'ai eu recours à M. Menetrier, dont la compétence est si grande en anatomie pathologique. Son opinion à ce sujet est exposée dans la note ci-jointe :

Examen histologique d'un branchiome mélanique de la région cervicale, par M. Menetrier. — Les coupes de la tumeur montrent un tissu paraissant aux faibles grossissements formé de masses cellulaires compactes et assez uniformes, dans lesquelles prédominent par places des zones plus intensivement pigmentées.

Un tissu fibreux assez dense entoure ces masses néoplasiques, mais pénètre fort peu à leur intérieur.

Les éléments constituants du néoplasme sont des cellules épithéliales polyédriques, assez volumineuses, présentant un gros noyau arrondi, entouré d'un protoplasma assez large. Ces cellules sont immédiatement appliquées les unes contre les autres, en îlots arrondis, ovoïdes, ou allongés en courts boyaux, et qui sont séparés les uns des autres par de très fins tractus conjonctifs, renfermant des capillaires sanguins.

Un grand nombre de ces cellules, et cela par zones assez irrégulièrement distribuées, sont remplies de grains de pigment de couleur brune, situés dans le protoplasma autour du noyau et en quantité très inégale d'une cellule à l'autre. Dans quelques-unes l'abondance du pigment est telle que la cellule forme un bloc opaque dans lequel on ne peut plus distinguer aucun détail de structure. Par places aussi, des amas pigmentaires sont libres, soit entre les cellules épithéliales, soit dans le tissu conjonctif avoisinant, paraissant résulter de la désintégration de cellules dégénérées.

Quoique les cellules néoplasiques soient assez uniformes, on trouve cependant de-ci, de-là, des éléments de grande taille avec noyaux géants ou multiples, et aussi d'assez nombreuses figures d'inclusions cellulaires.

Au centre des masses épithéliales, il y a des zones de désintégration cellulaire, soit où les cellules encore reconnaissables ont leurs noyaux en pycnose, soit encore sont complètement réduites en détritus granuleux.

La masse principale de la tumeur paraît développée en plein tissu conjonctif interstitiel, sans qu'aucune trace d'organe antérieur y soit reconnaissable.

Les coupes portant sur les ganglions avoisinants, montrent qu'un certain nombre de ceux-ci sont envahis par les cellules néoplasiques.

En somme, la tumeur est un *épithéliome mélanique*, formé de cellules pavimenteuses métatypiques, et même plus ou moins atypiques, mais rappelant néanmoins par leurs apparences les cellules de provenance ectodermique. Elles sont donc nettement *hétérotopiques*. Une semblable tumeur développée à la région du cou, à distance de tout organe épithélial, paraît bien devoir son origine à l'évolution néoplasique de

reliquats branchiaux et nous p raît devoir être considérée comme un *branchiome mélanique.*

D'accord avec Menetrier, je pense donc que ce mélanome profond doit être considéré comme sous la dépendance d'une inclusion datant de la période embryonnaire, d'un mélano-branchiome.

Ce n'est pas la première fois que j'observe une telle lésion. En 1907, j'ai suivi avec une extrême attention, à la Maison Dubois, une jeune fille qui y succomba après plusieurs mois de souffrances, et chez laquelle une tumeur mélanique s'était développée primitivement dans la profondeur du cou, à la limite de la région parotidienne et de la région carotidienne. Il n'y avait aucune tache cutanée qui pût être considérée comme lésion originelle. Je m'en suis assuré à plusieurs reprises. La malade ne fut pas opérée, et quand elle succomba je n'en pus faire l'autopsie. Mais néanmoins je suis sûr qu'il s'agissait bien d'une tumeur mélanique. La couleur transparaissait à travers les téguments malades. La généralisation s'étant faite, un grand nombre de noyaux se développèrent les uns dans les viscères, les autres dans le tissu cellulaire sous-cutané; tous les noyaux superficiels présentaient la même teinte d'un noir foncé, et ne pouvaient être mieux comparés qu'aux truffes glissées sous la peau d'une dinde ou d'une poularde. Ce cas auquel j'ai souvent songé me paraît pouvoir être interprété comme celui que j'ai relaté tout à l'heure, et je pense qu'il s'agissait encore d'un mélano-branchiome. Ce sont là des faits dont l'intérêt me paraît indéniable.

Ostéomyélite de l'astragale.

M. WALTHER. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune garçon de quinze ans et demi que j'ai soigné à l'hôpital de la Pitié au mois de juillet dernier.

L'état général était très grave; température élevée à grandes oscillations, râles humides sur toute la hauteur des deux poumons. Localement, un œdème énorme du pied droit, une fistule sur la face interne, une fistule sur la face externe du pied, deux gros abcès, non ouverts à la partie interne de la jambe.

Le malade me fut présenté comme atteint de tuberculose de l'astragale avec lésions pulmonaires très avancées.

C'est l'interrogatoire très précis qui me permit de faire le

diagnostic. L'affection avait débuté un mois avant, brusquement, après une légère entorse, chez un sujet qui précédemment avait été atteint de furoncles multiples. Le premier diagnostic posé au moment de l'apparition des douleurs vives et de la fièvre avait été « rhumatisme aigu ».

Il s'agissait donc, en réalité, d'une ostéomyélite aiguë.

Je fis le 9 juillet l'extirpation de l'astragale. L'os était complètement nécrosé et les lésions était absolument limitées à lui seul. Les abcès angioleucitiques profonds de la jambe furent incisés; ils contenaient du staphylocoque doré pur.

Les accidents septicémiques s'atténuèrent graduellement, la température ne retomba à 37 que le 29 juillet.

Le malade quitta le service le 22 août.

Actuellement il a repris son embonpoint et ses forces. Le pied est en bonne position avec une diminution de hauteur de 2 centimètres. Il existe encore une raideur très accentuée de l'articulation nouvelle tibio-calcanéenne, mais, sous l'influence d'exercices gymnastiques réguliers, les mouvements reparaissent progressivement.

L'ostéomyélite du calcanéum est relativement assez fréquente. Celle de l'astragale est rare. C'est à cause de cette rareté, à cause de la localisation très précise des lésions, à cause encore de la physionomie particulière de la maladie à l'époque où j'ai pu l'observer et du bon résultat que m'a donné l'extirpation de l'astragale, seul traitement efficace en pareil cas, que je vous ai présenté ce malade, comme m'y a engagé d'ailleurs mon maître, M. Segond, qui avait eu l'occasion de l'examiner dans mon service.

M. Segond. — J'ai vu ce malade; son état était tellement grave que l'idée d'une amputation venait naturellement à l'esprit. Ceci soit dit pour mieux montrer à quel point le sens clinique de M. Walther l'a judicieusement inspiré dans ce cas particulier.

Anévrisme poplité.

M. Labey présente un cas d'anévrisme poplité. Extirpation. Guérison.

L'observation de M. Labey est renvoyée à une Commission, dont M. Ricard est nommé rapporteur.

Le secrétaire annuel.

Hartmann.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

(18 janvier 1911.)

Présidence de M. Routier.

ALLOCUTION DE M. ROUTIER

Mes chers Collègues,

Porté par vos suffrages à la présidence de notre Société, je prenais il y a un an possession du fauteuil; il me semble que c'était hier, et cependant me voici arrivé au terme de mon mandat.

Ce fut dans des circonstances presque dramatiques que j'inaugurai mes fonctions, nous étions en pleine inondation; les bateaux avaient remplacé les voitures dans notre paisible rue de Seine et l'eau menaçante venait lécher le seuil de notre porte d'entrée.

La crue progressait, aussi, charitablement, avertissait-on au passage ceux d'entre nous qui se risquaient ici, de n'avoir pas à trop s'y attarder s'ils ne voulaient se laisser bloquer dans la salle des séances.

Ce fut donc rapidement et devant un petit nombre de collègues venus malgré la rigueur du moment que je prononçai mon discours inaugural, dans lequel je vous remerciais très sincèrement du très grand honneur que vous m'aviez fait en m'appelant à la présidence.

C'est encore par des remercîments que je veux terminer en quittant le fauteuil.

La place prépondérante qu'occupe la Société nationale de Chirurgie, le grand retentissement des discussions qui s'engagent dans son sein jettent un très grand lustre, je m'en suis aperçu à maintes reprises, sur celui qui dirige ses débats; aussi pour moi dont l'ambition est limitée, cette année restera-t-elle comme le point culminant de ma carrière chirurgicale et me laissera toujours un bien doux souvenir, car, mieux que jamais, j'ai pu apprécier ici votre courtoisie, votre amabilité, votre sympathie, qui pas une fois ne m'ont fait défaut au cours de ma présidence.

Vous avez ainsi singulièrement facilité ma tâche, mais je dois

m'excuser de mon côté, si je n'ai pas toujours été à la hauteur de mes fonctions et vous remercier surtout de ne jamais me l'avoir laissé soupçonner.

Sans empiéter sur le domaine de notre sympathique et distingué secrétaire annuel, je ne puis m'empêcher de constater que nos travaux n'ont pas été inférieurs à ceux des années précédentes; je vous ferai cependant remarquer, d'une part, que les travaux originaux émanant des membres de la Société ont été un peu plus rares cette année, d'autre part, je crois m'être aperçu que nos jeunes collègues ont un peu négligé la tribune de la Société, ce qui me paraît dû aux habitudes, j'allais dire aux mauvaises habitudes, prises depuis quelque temps dans la manière de recruter les nouveaux titulaires ; vous savez tous qu'il serait très facile de remédier à cet état de choses.

Sans cela, les discussions ont toujours été aussi intéressantes, aussi animées, aussi nourries que par le passé; pour leur conserver tout leur intérêt, je me suis efforcé de ne pas les scinder et de reprendre au début de chaque séance à propos du procès-verbal la question pendante du mercredi précédent.

Il m'a semblé ainsi obtenir plus de suite pour les orateurs et aussi pour les lecteurs de nos bulletins, qui, grâce aux soins assidus de notre secrétaire annuel, M. Hartmann, et à la vigilance éclairée de notre éditeur, M. Masson, que je n'aurais garde d'oublier ici, ont toujours paru en temps et lieu.

Comme tous les ans, je vous dois l'historique de ce qui s'est passé dans la Société.

A la fin de l'année dernière, mon prédécesseur remerciait M. le professeur Lannelongue pour sa fondation du prix quinquennal de chirurgie ; je vous rappelle que ce prix comporte une somme de 5.000 francs et une superbe médaille d'or grand format que notre éminent collègue a fait spécialement frapper par un graveur bien connu de vous tous, vous avez du reste pu déjà l'admirer ici.

J'ai le très grand honneur de présider à sa première distribution, et je renouvelle à M. le professeur Lannelongue les remercîments de la Société.

La mort, cette année, a fort heureusement épargné nos membres titulaires, mais nous avons eu la douleur de perdre notre collègue Hennequin, peu après le moment où il venait d'obtenir l'honorariat.

N'ayant pu, pour des motifs indépendants de ma volonté, aller porter sur sa tombe les derniers adieux de ses collègues, je rappelai ici en quelques mots, dans la séance qui suivit ses obsèques, la carrière et la figure si originale d'Hennequin.

Vous savez qu'il a laissé à la Société un souvenir durable, non seulement par ses travaux personnels, mais encore par la fondation du prix qui porte son nom et qui sera distribué selon sa volonté tous les deux ans.

Vous ne serez pas surpris d'apprendre que ce prix est destiné à récompenser le meilleur travail sur les fractures.

Nous avons perdu un membre correspondant étranger, M. Dupraz, de Genève.

Trois de nos correspondants nationaux ont disparu ; chacun, à divers titres, mérite nos regrets.

Chénieux, de Limoges, professeur de clinique chirurgicale, directeur de l'École de médecine de cette ville, avait pu, par une activité surprenante, ajouter à ses lourdes occupations professionnelles les non moins lourdes charges de la mairie de cette grande ville.

Par sa bonté, son intelligence, sa droiture, il avait su rallier tous ses compatriotes sans distinction de parti ; ses obsèques ont été une véritable manifestation de reconnaissance.

Latouche, d'Autun, qui avait su créer dans sa petite ville un centre chirurgical d'une grande activité.

Nous avons, enfin, perdu un de nos plus anciens membres correspondants, le médecin inspecteur d'armée M. Baizeau.

Depuis longtemps, le Dr Baizeau ne fréquentait plus notre Société ; peu d'entre nous l'ont connu personnellement, mais tous nous connaissons son nom.

Notre collègue Delorme, dans le remarquable discours qu'il a prononcé sur sa tombe, rappelait et sa bonté, et sa valeur personnelle, et ses travaux ; je ne retiendrai ici que les deux plus importants, parce qu'ils ont vraiment marqué dans la science chirurgicale.

Tous, nous avons lu et médité le mémoire sur la perforation et les divisions de la voûte palatine, paru en 1861 dans les *Archives de médecine*, et le mémoire sur la ponction du péricarde, considérée au point de vue chirurgical, paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1868.

Cinq de nos collègues ont obtenu l'honorariat ; ce sont : MM. Reynier, Sieur, Robert, Villemin et Guinard ; nous comptons que ce n'est pas là une retraite déguisée, mais seulement une manière élégante de faire place aux jeunes.

Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à nos deux nouveaux collègues MM. Michon et Savariaud, que vous avez nommés membres titulaires et dont nous avons déjà pu apprécier la grande activité.

Je salue en votre nom : MM. Coville et Baillet, d'Orléans ; Frœlich, de Nancy ; Mériel, de Toulouse ; Silhol, de Marseille ; Tanton, du Val-de-Grâce, que vous avez nommés membres correspondants nationaux ; MM. Kümmel, de Hambourg ; Von Herczell, de Buda-Pest ; Navarro, de Montevideo ; William Mayo, de Rochester, que vous avez nommés membres correspondants étrangers.

Je souhaite la bienvenue à notre nouveau bureau pour l'année 1911 ; à M. Potherat, qui va prendre les fonctions de secrétaire annuel ; à M. Broca, qui continuera à conserver scrupuleusement nos archives ; à M. Launay, qui a bien voulu accepter les lourdes fonctions de trésorier en remplacement de M. Arrou, à qui j'adresse en votre nom tous nos remercîments pour ses bons et loyaux services.

Enfin, je souhaite la bienvenue à notre nouveau président, mon ami Jalaguier, dont la nomination nous est un sûr garant que la Société va brillamment continuer sa marche ascendante vers le progrès.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1910

par M. Henri Hartmann, secrétaire annuel.

Messieurs,

Lorsque j'ai commencé à relire les 1.400 pages que contient le compte rendu de notre Société cette année, j'ai éprouvé un certain effarement. Jamais vos séances n'avaient été aussi suivies, jamais le nombre et l'importance de vos communications n'avaient été aussi considérables. De plus, les questions que vous avez abordées ont été si variées qu'elles embrassent presque tout le champ de la chirurgie. Il m'était impossible de vous donner un exposé synthétique de vos travaux. J'ai dès lors pensé que, pour ne pas retenir trop longtemps votre attention, il était nécessaire de faire un choix, de rejeter l'ivraie pour ne garder que le bon grain. Mais, à mesure que je lisais votre compte rendu, je trouvais que tout ce que vous aviez écrit était intéressant. Mon ami Guinard m'a comparé, il y a quelques semaines, au hibou de la fable, qui trouve charmants ses petits enfants. Je ne veux pas pousser l'outrecuidance jusqu'à regarder mes maîtres comme mes enfants. J'ai cependant un certain amour pour les bulletins de cette année, que j'ai relus et corrigés; il me semble qu'ils sont plus intéressants que ceux des années précédentes. Aussi je n'ai pu me décider à élaguer beaucoup. L'exposé annuel de vos travaux sera donc long, très long, trop long. Je m'en excuse à l'avance. Si quelques-uns d'entre vous trouvent que j'aurais pu passer sous silence certaines communications, je suis assuré que d'autres trouveront que j'ai bien fait de les citer.

La question du *rôle du radium dans le traitement du cancer* a été apportée à notre tribune par M. Monod, à l'occasion d'un rapport sur un travail de MM. Degrais et Wickham. Un grand nombre d'entre vous, MM. Segond, Delbet, Tuffier, Championnière, Schwartz, Ricard, Nélaton, Lejars, Morestin, Sieur, Walther, Routier, Quénu, Guinard, prirent part à la discussion.

Un premier point semble généralement admis, c'est qu'il y a intérêt à mettre la substance active au contact direct du néoplasme, l'introduisant au besoin par une voie artificielle, une

incision, ou plus simplement en se servant d'un dispositif imaginé par de Martel, et qui consiste à placer le tube de radium à l'intérieur d'une vis à claire-voie dont les spires sont rapprochées et larges. M. Segond emploie, à l'exemple de Dominici, les tubes radifères en or, argent ou plomb, qui ne laissent passer que les rayons peu altérants pour les tissus normaux, rayons dits ultra-pénétrants; M. Delbet pense, au contraire, qu'il y a intérêt à utiliser toutes les variétés de rayons, et n'emploie pas la filtration, qui diminue l'effet utile du radium.

MM. Tuffier et Delbet ont montré que le radium agissait comme un caustique histologique, ayant une action spéciale sur les cellules cancéreuses, ce qui lui donne une grosse supériorité sur les autres agents caustiques; malheureusement, le champ d'action de ces rayons est très limité, et ne dépasse guère 25 millimètres.

On a employé le radium avant l'opération et l'on aurait ainsi rendu opérables des tumeurs qui primitivement ne l'étaient pas, nous dit M. Tuffier, fait en désaccord avec les observations de M. Routier, qui a vu le radium donner un coup de fouet à des tumeurs, et de M. Guinard, qui reproche à cette manière d'agir la perte d'un temps précieux. M. Tuffier a utilisé pendant l'opération des tubes radifères, plaçant à côté du drain un tube de radium avec l'espoir qu'il détruirait les cellules cancéreuses pouvant être restées dans la plaie.

Au point de vue pratique, nous devons dire qu'aucun des orateurs n'a apporté de cas de guérison de tumeurs cancéreuses par le radium seul; on n'a vu que des améliorations plus ou moins durables. Aussi, est-ce surtout comme palliatif, dans les cas inopérables, qu'on l'a utilisé.

Les thèses d'Aubertin à Paris et de Gurcel à Lyon avaient déjà résumé les recherches publiées dans ces dernières années sur l'*ictère grave post-chloroformique*, mais n'avaient pas spécifié l'influence des lésions antérieures du foie et du rein. M. Quénu est venu attirer notre attention sur celles-ci; il a rappelé à ce propos la gravité effrayante des opérations chez les cancéreux ictériques, gravité due, suivant lui, à l'action nocive de l'anesthésique, en particulier du chloroforme.

L'observation d'une femme, qu'il avait opérée pour une obstruction calculeuse du cholédoque et qui succomba à des accidents d'ictère grave, lui démontra que le pronostic opératoire des lithiasiques ictériques pouvait lui-même recevoir du chloroforme une aggravation considérable.

Aussi arrive-t-il à conclure que, chez les ictériques, et peut-être d'une manière générale chez tous les hépatiques, l'usage du chloroforme paraît absolument condamnable.

Cette conclusion a été immédiatement appuyée par M. J.-L. Faure, par M. Chaput, par M. Sieur, enfin par M. Poncet, qui, tout en se défendant de faire le procès du chloroforme, a profité de l'occasion pour vanter les mérites de l'éther. Celui-ci ne met cependant pas à l'abri des accidents d'ictère grave, comme le fait remarquer M. Tuffier, qui nous apporte un cas de mort par lésions dégénératives hépato rénales, trois jours après une opération de fistule anale, anesthésiée à l'éther. L'anesthésie locale elle-même peut être suivie d'urines rosacées, d'ictère, etc., comme l'a observé M. Reynier dans une série d'opérations de hernies.

Aussi M. Potherat trouve-t-il les conclusions de M. Quénu un peu trop lapidaires. Quant à M. Segond, il considère toujours le chloroforme comme l'anesthésique par excellence. Très sagement, M. Championnière croit que l'avenir seul nous apprendra si les quelques observations présentées par M. Quénu seront suivies d'autres cas probants et si l'anesthésie par l'éther aura le succès que quelques-uns espèrent aujourd'hui.

L'*hémophilie* a fait l'objet d'un certain nombre de communications. MM. Legueu, Michon nous ont apporté des observations d'hématomes intra-musculaires; M. Fontoynont, des faits d'hémophilie acquise d'origine paludéenne. Au point de vue du traitement, malgré des résultats négatifs de M. Guillot, l'emploi du sérum frais a été efficace entre les mains de MM. Michon et Ricard, qui ont confirmé ce que nous savions depuis les travaux de Weill et de Broca. Ces divergences s'expliqueraient pour M. Tuffier par ce fait qu'à côté des hémophilies par insuffisance plasmatique, il y aurait certaines formes d'hémophilie par troubles vasculaires avec coagulation normale *in vitro*, ne pouvant dès lors être modifiées par des méthodes tendant seulement à modifier la composition du sang.

Le procédé d'hémostase préventive par la constriction circulaire du tronc, *procédé de Momburg*, nous a valu un travail très documenté de M. Auvray, qui judicieusement ne s'est pas laissé entraîner à un enthousiasme exagéré. Tenant compte des accidents survenus au cours de son application, il ne la considère que comme une méthode d'exception susceptible de rendre des services chez des sujets ne pouvant supporter la plus petite perte de sang, à condition toutefois que ces sujets aient un appareil cardio-vasculaire en bon état et soient jeunes. MM. Morestin, Delbet, Wiart et Abadie y ont eu recours dans des désarticulations de la hanche, exemple que ne semblent pas tentés de suivre MM. Routier, Quénu, Delorme et que rejette M. Hartmann, qui s'est toujours bien trouvé de la simple application d'une bande élastique, maintenue par des broches, suivant la technique de Wyeth.

De communications faites par MM. Mauclaire et Monod, il résulte que l'*anastomose artério-veineuse* ne mérite pas la condamnation absolue que sembleraient justifier des échecs malheureusement trop multipliés.

Les *greffes chirurgicales* ont fourni à M. Tuffier l'occasion de nous relater une série de faits intéressants :

Réfection de canaux membraneux, urètre, vagin, au moyen d'une greffe dermo-épidermique prise à la peau de la cuisse. Réfection chondroplasique de l'extrémité supérieure de l'humérus, de son extrémité inférieure. Greffe de tissu cellulo-adipeux dans des évidements osseux, suivant une pratique conseillée pour notre collègue Chaput. Greffe veineuse pour remplacer un canal urétral, un uretère. Des greffes d'ovaires ont été faites par MM. Tuffier et Mauclaire. Toutes ces greffes auraient donné d'excellents résultats. M. Delbet pense cependant que malgré l'absence d'élimination et la conservation des mouvements, les greffes articulaires se résorbent; c'est, du moins, ce qui résulterait d'expériences qu'il a entreprises avec son élève Mocquot.

Des greffes de corps thyroïde, prises sur le chien par Delbet, sur un corps thyroïde goitreux par Tuffier, semblent s'être de même résorbées, l'amélioration des troubles myxœdémateux consécutifs à la greffe ayant été très temporaires et simplement comparables à ceux que donne une injection de suc thyroïdien.

Plusieurs observations, dues à MM. Hartmann, Morestin et Lecène ont contribué à augmenter le dossier de cette maladie encore assez mal connue et qu'on décrit sous le nom de *neurofibromatose généralisée* ou maladie de Recklinghausen.

Extrémité céphalique. — Nous relevons dans nos bulletins: une *ablation de tumeur du cervelet*, par M. Bonnet; une *trépanation décompressive pour épilepsie jacksonienne* par M. Mauclaire ; une *trépanation pour abcès cérébral* d'origine traumatique, par M. Savariaud ; un cas de *trépanation préhistorique*, par M. Escomel. Dans un rapport très étudié sur une observation de M. Baudet, notre collègue Picqué a abordé toute une série de points touchant l'histoire clinique et les indications opératoires des épanchements sanguins intracraniens; il a insisté en particulier sur un sujet, qui lui est cher, celui des *accidents éloignés consécutifs aux traumatismes craniens*. A ce propos, M. Delbet a insisté sur ce fait que, dans un certain nombre de cas, les symptômes sont dus à une manifestation syphilitique dont la localisation et l'évolution ont été influencées par le traumatisme, fait en rapport avec ce

qu'avait signalé M. Toussaint lorsqu'il nous avait apporté un mémoire sur quelques *formes larvées de syphilis localisées par le traumatisme.*

La question du *traitement des plaies du crâne par armes à feu* a fait l'objet d'une discussion à laquelle prirent part un grand nombre de membres de notre Société. Immédiatement après le traumatisme, la règle reste celle posée dans des discussions antérieures : désinfecter la porte d'entrée, enlever les esquilles et les corps étrangers qui ont pu être entraînés, et ne pas s'occuper de la balle à moins qu'elle ne soit superficielle. Tout le monde est d'accord sur ce point. Quant à l'extraction secondaire des projectiles, malgré la précision des examens radiographiques, elle n'est indiquée que s'il existe des accidents.

Signalons, pour en terminer avec la chirurgie du crâne, un rapport très étudié de notre collègue Auvray sur l'*intervention chirurgicale dans les tumeurs perforantes des os du crâne*; un cas de *fongus de la dure-mère* présentant les caractères du goitre à type fœtal, chez une femme portant une tumeur thyroïdienne, par M. Walther; une observation de *fracture du crâne* avec ophtalmoplégie droite complète et anosmie, par M. Savariaud.

Le *traitement du cancer du plancher buccal* a fait l'objet de plusieurs communications. S'appuyant, comme doit le faire tout bon chirurgien, sur des constatations anatomo-pathologiques, M. Morestin nous a montré que les lésions restaient longtemps limitées à la muqueuse et se propageaient à la face inférieure de la langue et à la muqueuse des gencives avant d'envahir les plans musculaires. De là, sa technique conservatrice qui consiste, après incision verticale de la lèvre et large exposition de la mâchoire, à enlever en bloc les parties malades, conservant le bord inférieur du maxillaire et la nappe des tissus qui en partent pour aller à l'os hyoïde.

M. Abadie opère d'une manière analogue, mais se contente d'une incision arciforme le long du bord inférieur de la mâchoire, ce qui, remarque son rapporteur, notre collègue Picqué, doit rendre l'opération plus malaisée.

A propos de l'*urano-staphylorraphie*, M. Sebileau a insisté sur la nécessité, pour obtenir un rapprochement facile des parties, de faire une myotomie sus-rétro-palatine, coupant au ras des apophyses ptérygoïdes les faisceaux musculaires, pratique déjà suivie par Trélat, ainsi que l'ont rappelé ses élèves Potherat, Routier et Delbet, mais un peu oubliée et, en tout cas, insuffisamment mise en relief.

M. Morestin, en nous présentant une de ses opérées, nous a

montré les avantages que l'on pouvait retirer, au point de vue de de la phonation, de l'allongement des piliers postérieurs dans les cas où le voile est bridé par ces derniers.

Il y a si longtemps qu'on parle des *polypes naso-pharyngiens* qu'on pourrait croire la question épuisée. Les comptes rendus de nos séances montrent qu'il n'en en est rien, et que, malgré le petit nombre de cas rencontrés dans nos services hospitaliers, vous pouviez encore apporter des faits nouveaux et rectifier des erreurs anciennes.

Et, tout d'abord, une première question. Les polypes naso-pharyngiens sont-ils, comme quelques-uns le disent, plus rares qu'autrefois ? Nos collègues Sebileau et Potherat affirment le contraire. S'ils se rencontrent peu dans nos services de chirurgie générale, c'est qu'ils vont aujourd'hui chez les spécialistes qui les découvrent et les opèrent lorsqu'ils n'ont pas encore atteint de grandes proportions,

On explore aujourd'hui couramment le rhino-pharynx, le cavum, comme on dit maintenant; on le connaît mieux et cette connaissance plus parfaite vous a permis de rectifier une erreur anatomo-pathologique encore courante d'un certain nombre de nos auteurs classiques, qui admettent que ces tumeurs ont un point d'implantation à peu près constant, l'apophyse basilaire. Vous avez montré qu'il n'en était rien. M. Kirmisson a insisté sur ce fait que la zone, où se faisaient ces implantations, était beaucoup plus étendue qu'on ne le croyait autrefois ; MM. Rouvillois, Sieur, Sebileau, Potherat, que ces insertions se font sur la région choanoïde ou périchoanoïde supérieure ; MM. Delbet et Nélaton ont même apporté des exemples de tumeurs de structure identique, fibromes avec nombreuses cavités vasculaires, implantées sur le bord postérieur de la tubérosité maxillaire, sur la face externe de l'apophyse ptérygoïde. Certes, ces derniers faits sont exceptionnels, et comme l'a fort bien dit M. Michaux, les fibromes du maxillaire supérieur sont rares et se développent le plus souvent dans le sinus. A propos du traitement, M. Nélaton, à peu près seul, est resté partisan de l'ancienne méthode qui consiste à conserver une voie d'accès sur le pédicule et à détruire par de petites cautérisations les récidives jusqu'à l'âge où ces tumeurs tendent d'elles-mêmes à s'atrophier. MM. Quénu et Sebileau pensent qu'en réalité ces tumeurs ne récidivent pas lorsqu'elles sont enlevées complètement et que les pseudo-récidives ne sont que le résultat d'ablations incomplètes. Il faut donc enlever d'emblée complètement ces tumeurs ; c'est, du reste, le meilleur moyen de se mettre à l'abri des hémorragies à répétition qui ont entraîné la mort de l'opéré de M. Rouvillois et contre lesquelles notre col-

lègue, avec MM. Sieur et Quénu, conseille la ligature préalable des deux carotides externes.

Le traitement de la *constriction permanente* des mâchoires a été à deux reprises abordé cette année à notre tribune. Une première fois, M. Morestin a rappelé notre attention sur les avantages que présente la désinsertion du masséter et du ptérygoïdien interne conseillée dès 1891, par M. Le Dentu, dans les cas de constrictions rebelles liées à des scléroses musculaires partielles. Dans une deuxième communication, à propos d'une observation de M. Yahoub, le même M. Morestin a insisté sur les bons résultats de la résection combinée à l'interposition musculaire dans les ankyloses d'origine osseuse. M. Demoulin a soutenu la même opinion, précisant une technique élégante, suivie dans son service par MM. Gernez et Douay. MM. Nélaton et Ombrédanne ont insisté sur l'utilité de la résection concomitante de l'apophyse coronoïde, qui peut être accrochée dans les luxations anciennes. Les résultats obtenus sont durables, comme le montre l'observation d'une malade opérée par M. Kirmisson et suivie pendant dix ans. A propos de ces ankyloses, MM. Demoulin et Broca ont insisté sur la difficulté qu'il y a à préciser l'articulation ankylosée; pour M. Kirmisson, il y aurait dans l'ankylose unilatérale quelques petits mouvements de diduction qui manqueraient complètement dans l'ankylose bilatérale.

Cou. — Quelques opérations de *thyroïdectomie partielle* pour goitre exophtalmique nous ont été apportées par MM. Rochard, Tuffier, Poncet, Reynier, Quénu. Tantôt il s'est agi de goitre basedowifié, tantôt de vraie maladie de Basedow. Dans ce dernier cas, il est impossible d'énucléer un noyau goitreux ; il faut faire une résection partielle du thyroïde, opération dont le principal danger est l'hémorragie.

Lorsqu'on voit des faits comme ceux que nous a apportés M. Léniez, où le complexus symptomatique de la maladie de Basedow succède à un traumatisme cérébral, d'autres comme celui de M. Picqué où la maladie de Basedow se complique de coxalgie hystérique, on peut cependant se demander si l'opération convient à tous les cas de cette maladie, encore mal connue dans sa pathogénie.

Dans un cas très curieux de M. Pauchet, l'hémithyroïdectomie pour goitre exophtalmique grave a été suivie du développement d'une sclérodermie.

Plusieurs communications, ayant trait à des *anévrismes de la base du cou*, ont été faites cette année. D'observations communiquées par MM. Schwartz et Delbet, il résulte qu'après résection de

la partie interne de la clavicule et de la portion correspondante du manubrium, combinée au besoin, comme dans un cas de Pierre Duval, à la résection du premier cartilage costal, il est possible d'atteindre l'origine de la sous-clavière à l'aorte.

A propos de la méthode de Brasdor, que M. Guinard voudrait voir mettre en pratique dans le traitement des anévrismes de la base du cou, nous noterons que notre collègue insiste sur la nécessité de commencer par la ligature de la carotide pour éviter les embolies encéphaliques qui peuvent succéder au remous de la poche à la suite de la ligature de la sous-clavière.

La même crainte des embolies encéphaliques fait que notre collègue n'est pas partisan de la suture des *plaies carotidiennes*. Il leur préfère la ligature, qui est sans inconvénients si le système carotidien du côté opposé est intact. Une observation de M. de Fourmestraux, qui fit la ligature successive de la carotide interne et de l'externe, vient s'ajouter aux nombreux faits déjà publiés pour le prouver.

Une communication de M. Sebileau a ramené notre attention sur la technique de la *laryngectomie*. Bien que M. Périer l'ait défendue ici même, il y a exactement vingt ans, cette opération est encore trop rarement pratiquée par la faute des spécialistes, qui se fient souvent à l'exérèse limitée après thyro-cricotomie, par la répugnance des malades pour une opération qui condamne à respirer à perpétuité par un orifice de trachéotomie et aussi, il faut le dire, par la crainte justifiée d'une opération donnant un pourcentage de mortalité encore considérable. Cette dernière résulte surtout de complications septiques, soit du côté broncho-pulmonaire, soit du côté du tissu cellulaire du cou. C'est dans le but d'éviter ces complications que M. Sebileau a apporté à la technique généralement suivie quelques modifications. Il fait, une vingtaine de jours avant la laryngectomie, une trachéotomie préliminaire ; il réalise, au cours de l'opération, une hémostase rigoureuse ; il referme avec soin le pharynx, rapprochant la muqueuse, se contentant au besoin de suturer les muscles et les parties fibreuses, fixant solidement le bout supérieur de la trachée aux tendons sterno-mastoïdiens et à la peau, terminant l'opération par un pansement compressif. Le principe de la trachéotomie préliminaire, défendu aussi par MM. Lebec et Schwartz, semble entraîner des difficultés opératoires pour M. Périer, qui pense qu'on peut éviter la chute des sécrétions dans les voies aériennes en couchant le malade sur le côté.

Une observation de *laryngectomie suivie de dilatation caoutchoutée pour sténose du larynx* a permis à M. Rouvillois de nous montrer les avantages de ce traitement après deux ans écoulés.

Thorax. — La chirurgie du thorax n'a été l'objet que d'un petit nombre de communications : Une ablation d'énorme *ostéosarcome des 2e, 3e et 4e côtes*, par M. Tuffier ; deux extirpations de *sarcome, l'un de la 10e, l'autre de la 11e côte*, par M. Girard et par M. Morestin ; une ligature de la languette antérieure, après thoracotomie, pour *plaie du poumon*, par M. Mauclaire; une opération de *kyste dermoïde du médiastin*, par M. Morestin ; un cas de *gangrène pulmonaire*, par M. Tuffier. Seul ce dernier cas mérite de nous arrêter parce qu'il a permis à l'opérateur de nous montrer qu'à côté du drainage des cavités suppurées du poumon, il fallait faire une place aux interventions permettant l'affaissement de la cavité intrapulmonaire; à côté de la thoracoplastie et de l'établissement d'un pneumothorax artificiel, suivant la méthode de Brauer, M. Tuffier nous a montré les avantages du pneumothorax extrapleural après décollement pleuro-pariétal et la possibilité d'assurer la permanence de l'affaissement pulmonaire en plaçant dans le décollement un greffon adipeux, un morceau de lipome dans son observation.

Un cas de *plaie du cœur* a permis à M. Guinard de constater l'absence de tout signe d'hémo-péricarde (le sang passait directement dans la plèvre) et d'en tirer cette conclusion que la simple constatation de signes d'hémorragie interne progressive suffit pour commander l'intervention.

Les *opérations sur le thymus* sont encore peu connues, aussi devons-nous des remercîments à M. Veau pour nous avoir apporté les résultats de sa pratique : 5 thymectomies, 5 guérisons. L'opération est bénigne; il suffit, par une incision sus-sternale, d'aborder la capsule de la glande et de l'inciser pour que celle-ci sorte pour ainsi dire d'elle-même. Les crises de suffocation, la dyspnée permanente, le spasme de la glotte sont autant d'indications à l'ablation du thymus hypertrophié.

Parmi les présentations faites sur les maladies du sein, nous nous contenterons de noter un cas curieux de *kyste dermoïde inclus dans un volumineux adéno-fibrome* et relaté par M. Walther.

Abdomen. — Les diverses *voies d'accès à la coupole diaphragmatique* ont été exposées devant vous par M. Hartmann à l'occasion d'un mémoire présenté par M. Navarro sur un procédé de volet thoracique mobilisable. De la discussion qui suivit et à laquelle prirent part MM. Quénu et Mauclaire, il résulte qu'il faut être éclectique et adopter telle ou telle voie suivant les indications fournies par l'examen du malade.

Rapprochant d'un fait de M. Guibal 58 autres observations, M. Quénu a étudié la question de l'intervention chirurgicale dans

l'*angiocholécystite typhique* ; le développement de celle-ci semble favorisée par l'existence d'une lithiase antérieure. A ce propos, M. Tuffier nous a montré que l'infection éberthienne était susceptible de provoquer la *suppuration* d'une lésion aseptique antérieure, un *kyste hydatique du foie*, par exemple.

M. Guinard nous a apporté un cas de guérison d'*abcès du foie* fistulisé après une seule injection de 60 centimètres cubes de pâte bismuthée.

Deux observations d'ablation d'*épithélioma de l'ampoule de Vater* présentées l'une par M. Navarro, l'autre par M. Cunéo, ont permis à votre rapporteur annuel de vous faire un exposé de cette chirurgie qui semble devoir donner des succès étant donnée la limitation habituelle des lésions.

La *suture de la veine porte* pour plaie par arme à feu a permis à M. Hallopeau de guérir son malade. C'est là, croyons-nous avec le rapporteur M. Delbet, le premier cas de suture de la veine porte pour plaie due à un traumatisme non chirurgical.

Avant de quitter la chirurgie du foie, mentionnons un cas de *péritonite aseptique consécutive à une rupture traumatique de la vésicule biliaire*, par M. Van der Bossche.

Trois observations de *splénectomie pour coups de feu de la rate*, apportées par M. Guibé, ont fourni à notre collègue Auvray l'occasion de nous lire un rapport très étudié, dans lequel il a pu réunir 95 cas de plaies de la rate par armes à feu avec un mortalité globale de 57,8 p. 100, mortalité considérable qui s'explique aisément quand on songe à la multiplicité des lésions que peut créer le projectile dans sa course. La *splénectomie* semble moins graves *dans les ruptures de la rate*, 43 p. 100 d'après M. Potherat, à propos d'un cas suivi de succès présenté par M. Wiart.

Une importante communication de M. Mathieu est venue mettre au point la question de l'*ulcère du duodénum*, auquel les chirurgiens anglo-américains et, après eux, MM. Pauchet et Ricard, avaient accordé une place trop grande au détriment de l'ulcère gastrique. M. Mathieu accepte la conception déjà ancienne d'Hartmann et Soupault, et regarde la symptomatologie attribuée par les chirurgiens anglo-américains à l'ulcère du duodénum comme la manifestation clinique d'un spasme pylorique symptomatique d'ulcères voisins, le plus souvent gastriques, quelquefois duodénaux. MM. Hartmann, Tuffier, Souligoux se sont ralliés à cette manière de voir. M. Tuffier a insisté sur l'importance de la douleur nettement à droite comme signe des ulcères duodénaux siégeant à une certaine distance du pylore, M. Couteaud, sur la latence de certains ulcères du duodénum.

A propos du traitement, M. Mathieu s'est élevé contre l'exagération

opératoire des chirurgiens anglo-américains. MM. Delagénière et Tuffier ont insisté sur l'utilité de la gastro-entérostomie, qui, avec ou sans exclusion du pylore, a le double avantage de créer une voie de dérivation et en même temps de modifier les conditions chimiques de l'estomac hyperacide dans ces cas, en y apportant les liquides alcalins de l'intestin; M. Quénu a exposé les avantages de l'exclusion pylorique dans les cas d'ulcères hémorragiques.

Revenant sur la question de l'*oblitération des bouches gastro-intestinales* qui se produirait, dit-on, quand il n'y a pas de rétrécissement pylorique, M. Hartmann a montré que cette opinion était en contradiction avec les faits actuellement publiés. Des observations nouvelles de MM. Navarro, Leriche et Gosset sont venues appuyer ses assertions. L'oblitération fonctionnelle de la bouche peut, dans des cas exceptionnels, être le résultat de sa compression par des adhérences, comme le montre un fait de notre collègue Potherat.

Avant de quitter la chirurgie de l'estomac, nous mentionnerons encore quelques observations : de M. Mauclaire, sur une gastro-entérostomie faite sur la poche cardiaque pour un *estomac en bissac* ; de M. Walther, sur une *survie prolongée après gastro-entérostomie pour cancer* (malade bien portant après vingt-sept mois); de M. Mauclaire, sur une *guérison de circulus viciosus* par le décubitus ventral chez un gastro-entérostomisé.

Une observation de M. Abadie a été l'objet d'un rapport de M. Picqué sur l'*appendicite post-traumatique*. Malgré un plaidoyer très chaud de M. Guinard en faveur de l'origine traumatique de certaines appendicites, et des communications de MM. Moty, Michaux et Mauclaire, la plupart des orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion, MM. Broca, Jalaguier, Routier, Savariaud, Quénu, Tuffier, Delorme, Kirmisson, ne voient là qu'une hypothèse et rejettent l'idée d'une appendicite traumatique.

Pour M. Picqué, le traumatisme peut réveiller ou aggraver une appendicite, il ne la produit pas. La question pourrait, disent MM. Kirmisson et Quénu, être tranchée par des examens histologiques permettant de faire la part entre les lésions anciennes et les récentes; ces examens manquent malheureusement.

Quelques cas de *chirurgie intestinale* nous ont été apportés : par M. Morestin, *sarcome de l'intestin grêle* suivi d'invagination, anus artificiel, secondairement résection ; par M. Proust, *résection du côlon pour cancer* avec colo-colostomie latérale ; par M. Morestin, iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale de l'intestin dans un cas de *constipation invétérée*; par M. Kallionzis, résection iléo-cæcale pour *sarcome de l'intestin grêle*; par M. Coville, *résection*

iléo-cæcale pour tuberculose; par M. Walther, de même résection iléo-cæcale pour tuberculose.

M. Marion nous a présenté un malade opéré de calcul biliaire après entérotomie. Cinq *lavements électriques* préalables avaient amené une débâcle intestinale qui permit d'opérer dans de meilleurs conditions. Sa pratique ne semble cependant pas devoir être suivie, au dire de M. Souligoux, qui préfère comme opération palliative l'anus artificiel et n'admet le lavement électrique que dans les cas de parésie intestinale chez les constipés habituels.

M. Savariaud nous a montré un opéré de *cancer du rectum resté guéri* après sept ans écoulés.

Le même chirurgien est venu nous parler des *phlegmons et des fistules consécutifs au cancer de l'intestin*; la discussion, qui suivit, montra que ces faits étaient peut-être moins rares qu'il ne le supposait.

Vous savez tous combien les *hernies par glissement* sont d'un traitement difficile; aussi est-il intéressant de vous signaler la mésocoloplastie et la mésocolopexie que notre collègue Morestin pratique, comme complément de la cure opératoire habituelle, à travers une incision semblable à celle de l'anus iliaque, et qui doivent empêcher l'intestin de reprendre sa position vicieuse.

Un cas de *kyste dermoïde du mésentère*, dû à M. Houzel, une *occlusion duodénale par traction mésentérique* chez un malade porteur d'une grosse hernie inguinale irréductible, opéré par M. Delagénière, une présentation par M. Segond d'un *sarcome mélanique de l'épiploon* chez une femme ayant subi, quatre ans auparavant, l'énucléation de l'œil droit, complètent ce que nous avons à dire sur la chirurgie du tube digestif.

Appareil urinaire. — La *chirurgie de l'appareil urinaire* a été l'objet d'une série de communications: M. Marion nous a présenté un nouveau modèle de *cystoscope opératoire*; M. Legueu, à propos d'une observation de M. Tanton, a insisté sur la fréquence de la récidive des *papillomes vésicaux* et sur la possibilité de leur dégénérescence maligne; il en a tiré un argument pour les interventions larges et à ciel ouvert. Toujours à propos d'observations de M. Tanton, M. Legueu a étudié à cette tribune les *autoplasties urétrales* par transplantation veineuse et par transplantation de muqueuse vaginale intégrale. M. Tuffier nous a communiqué un cas intéressant de *pyélonéphrite aiguë gravidique guérie avec vaccinothérapie*; peut-être y a-t-il eu simplement coïncidence entre le traitement et la chute de la température, celle-ci pouvant survenir en l'absence de toute médication, comme le montrent des observations de M. Bazy.

Un cas malheureux de M. Guinard a remis sur le tapis la question de la *séparation intra-vésicale des urines*, qui a subi des attaques de MM. Bazy, Michon, Tuffier, et surtout de nos collègues Guinard, Legueu et Marion. Cette méthode d'examen ne semble cependant pas encore complètement morte, si l'on en juge par le rapport de M. Delbet sur un travail de M. Luys, et par les communications de MM. Hartmann, Vincent et de Rouville, qui ont apporté des observations établissant la perfection de ses résultats.

Des faits de MM. Legueu et Savariaud nous ont montré qu'on pouvait trouver dans l'*exclusion de la vessie*, par double implantation intestinale des uretères, un moyen de supprimer les douleurs horribles dont souffrent quelquefois les malheureux atteints de cystite tuberculeuse ou néoplasique.

Testicule. — Une série d'observations de *castration pour tumeur maligne du testicule avec ablation des ganglions lombo-aortiques*, apportées à cette tribune par MM. Gosset, Fredet et Chevassu, a permis à notre collègue Pierre Delbet de nous exposer la valeur de ces opérations. Les résultats de la castration simple sont loin d'être brillants ; en cas de séminome, elle guérit 1 malade sur 3 ; en cas de tnmeur mixte, 1 sur 15 seulement. La récidive a lieu le plus souvent dans les ganglions lombaires; quelquefois elle est inguino-iliaque. Il est donc indiqué d'enlever les ganglions lombaires et le pédicule lymphatique. C'est ce qu'a fait sur un de ses malades notre collègue Delbet, qui, rapprochant les observations nouvelles d'autres antérieurement publiées par Grégoire, Cunéo, Bland Sutton, arrive à un total de 10 opérations toutes suivies de guérison. Il semble donc que l'on doive s'engager dans la voie des exérèses larges en présence d'une tumeur maligne du testicule. Aucun de nos collègues ne s'est élevé contre cette conclusion, M. Bazy a cependant rappelé l'histoire d'une série de ses opérés montrant que la castration simple n'est pas aussi décevante qu'on le dit; M. Mauclaire, des faits d'absence de ganglions, de ganglions inextirpables, de métastases osseuses à distance; M. Morestin, un cas de mort à la suite d'une exploration de la région lombo-aortique n'ayant pas décelé de ganglions. Ajoutons que plusieurs mois après cette discussion, M. Michel a constaté, à l'examen microscopique, que des ganglions lombo-aortiques, qu'il avait enlevés avec le pédicule vasculaire d'un cancer du testicule, étaient sains.

Gynécologie. — En 1904, M. Richelot avait attiré notre attention sur la *dégénérescence cancéreuse du col utérin après l'hystérectomie subtotale* ; cette année, M. Chaput, relevant 5 cancers du

col sur 133 hystérectomies subtotales, arrive à cette conclusion que l'hystérectomie subtotale favorise le développement du cancer du col. Il semble qu'il se soit agi d'une série malheureuse.

MM. Faure, Ricard, Delbet, Quénu, Potherat, Schwartz, Savariaud, Segond, Monod, Mauclaire, Tuffier, Riche, Lejars, Auvray, Souligoux, tout en admettant qu'on peut voir des cancers sur des moignons d'hystérectomie, ne croient pas à une influence spéciale sur le développement du cancer. Bien que le nombre des hystérectomies totales soit notablement moindre que celui des hystérectomies subtotales, nous voyons déjà MM. Delbet, Mauclaire, Quénu, Témoin, Bazy nous apporter des faits de cancers développés sur la cicatrice vaginale après une hystérectomie totale. Celle-ci ne met donc pas à l'abri du développement d'un cancer secondaire.

A propos d'un travail de M. Louis sur les *abcès pelvipéritonitiques anté-utérins*, notre collègue Lejars nous a montré que ces collections peuvent avoir des origines diverses, infections annexielles, appendicites, et même sigmoïdites, ce que conteste M. Potherat. Elles doivent être traitées par l'incision simple, suivie secondairement, dans certains cas, d'une opération complémentaire portant sur le foyer originel.

M. Guinard nous a apporté un fait très rare d'*absence congénitale d'un rein et des organes génitaux internes correspondants.*

M. Tuffier, à propos d'une observation d'*inversion du vagin* consécutive à l'hystérectomie, due à M. Guibal, nous a lu un rapport très étudié sur cette affection extrêmement rare dont il n'a pu réunir que sept observations.

Plusieurs cas curieux de *grossesse extra-utérine* nous ont été apportés; dans l'un, de M. Launay, il y avait grossesse bilatérale simultanée, gémellaire d'un côté; dans un autre de M. Routier, l'œuf complet était suspendu à l'épiploon qui le coiffait.

Un fait de *grossesse dans un utérus bicorne* a permis à M. Rochard de faire une étude complète de ces grossesses anormales. En présence d'un pareil vice de conformation il conclut à l'hystérectomie, lorsque l'utérus s'est montré systématiquement inapte aux gestations normales.

L'*hystérectomie vagino-sacrée*, décrite et pratiquée par M. Chaput, ne semble pas avoir conquis nos suffrages, si l'on en juge par les critiques assez vives de MM. Segond et Guinard.

La *thermocautérisation du moignon* dans l'hystérectomie subtotale semble complètement abandonnée, comme le montrent les communications de MM. Bégouin, Ricard, J.-L. Faure, Hartmann et Potherat.

Membres. — Je me contenterai de vous mentionner une série d'observations apportées par MM. Nélaton, Tuffier, Michaux, Walther, montrant que l'incision complète des brides fibreuses sans réunion, préconisée par notre président, constitue un traitement excellent de la *rétraction de l'aponévrose palmaire* ; un cas de *tarsalgie tuberculeuse* de M. Grégoire, rapporté par M. Poncet, une *subluxation transversale médio-tarsienne en-dedans* de M. Morestin, des observations d'*ostéomes du brachial antérieur* et de *rupture du tendon d'Achille* de M. Van der Bossche, une *résection de la la hanche pour blessures par balle* de M. Jacob; un cas de *résection modelante de la hanche* pour luxation ancienne, revu après vingt et un ans, de M. Ricard; un rapport de M. Sieur, sur l'*amputation tibio-calcanéenne*, du même.

Une intéressante observation de M. Ombrédanne a permis à M. Kirmisson d'établir qu'à côté de la *coxa vara* primitive il y avait une place à faire aux diverses formes de la *coxa vara* secondaire ou symptomatique, en tête desquelles se place la *coxa vara* consécutive à la coxalgie.

J'arrive à la question du *traitement des fractures* qui a fait l'objet de nombreuses communications. MM. Championnière, Quénu, Tuffier, Savariaud, Mauclaire ont montré que pour les *fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus* au-dessous de la tête, il est indiqué de mettre le bras en légère abduction pour éviter les consolidations en crosse et aussi, dans le cas d'arrachement de la grosse tubérosité, sa soudure à la partie supérieure de la tête humérale. M. Silhol, qui l'an dernier avait déjà fait une communication sur l'*intervention sanglante pour fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus*, est revenu cette année à la charge. Il concède aujourd'hui à M. Broca qu'il avait peut-être un peu exagéré les indications de l'opération, mais persiste à la considérer comme nécessaire dans les fractures du condyle externe avec grand déplacement, ce qu'accepte notre collègue Broca. A propos des *fractures de l'extrémité inférieure du radius*, M. Championnière, en nous présentant des radiographies de M. de Marbaix, a inisisté sur ce fait que les déformations s'atténuent beaucoup à la longue et que par conséquent l'important est d'adopter les traitements les plus favorables au retour des fonctions.

Pour diminuer l'impotence fonctionnelle consécutive aux *fractures extra-capsulaires du col du fémur*, M. Nélaton réduit après anesthésie le déplacement, puis fait de l'extension continue.

A propos des *fractures de jambe*, nous avons à rappeler la méthode d'extension de M. Lambret qui réalise l'écartement des fragments à l'aide de deux broches implantées dans l'os aussi loin que possible du foyer de fracture, montées sur deux attelles mé-

talliques, que mobilise une crémaillère; des observations de M. Schmid sur l'appareil de marche de M. Delbet, etc.

Deux cas d'*embolies sanguines chez des malades atteints de fractures de jambe*, ont amené M. Quénu à insister sur l'importance de l'augmentation de la coagulabilité du sang et à émettre l'idée qu'il y aurait peut-être lieu de rechercher systématiquement l'état de la coagulabilité sanguine chez les fracturés, de manière à pouvoir la modifier en cas d'excès par un traitement approprié, tel que l'administration d'acide citrique. Cet examen systématique du sang n'a pas paru pratique à M. Guinard, et l'acide citrique a semblé dangereux à MM. Tuffier et Chaput, comme pouvant favoriser le départ d'un caillot; son administration préalable n'a, du reste, pas empêché une malade de M. Souligoux d'avoir une phlébite à la suite d'une opération de fibrome utérin.

Appareils. — Comme chaque année, nous avons à relever dans nos comptes rendus la présentation d'une série d'instruments : Un *arthro-moteur* de M. Champtassin, un *tri-écarteur de la mâchoire* de M. Goldenstein, des modèles nouveaux de *trépan à débrayage automatique* de M. de Martel et de M. Delbet, un *remplisseur automatique de seringues vésicales* de M. Louis Bazy, un modèle d'*appareil bivalve* pour le traitement des fractures de jambe et des tumeurs blanches du pied, permettant le massage, la marche et les pansements sans supprimer l'immobilisation de M. Chaput, un *appareil producteur d'air chaud* de M. Gaudier.

Ce rapport serait incomplet s'il ne vous rappelait, en terminant, que cette année, comme les précédentes, nous avons eu à diverses reprises l'occasion d'admirer les beaux résultats qu'obtient notre collègue Morestin dans ses *opérations plastiques*.

Comme vous venez de le voir par l'exposé de nos travaux, notre Société de Chirurgie est bien vivante; si quelquefois, lorsqu'on lit un numéro isolé de nos bulletins, il semble que les discussions soient un peu écourtées, il n'en est pas de même lorsqu'on doit, comme je viens de le faire, parcourir le volume entier d'une année. On voit alors que les questions sont traitées dans toute leur ampleur et que les discussions n'ont qu'un défaut, c'est d'être coupées d'une manière à peu près constante, se continuant pendant plusieurs séances consécutives.

Un peu d'énergie de la part du président et beaucoup de bonne volonté de la part des membres permettraient peut-être de donner aux discussions plus de cohésion. La lecture de nos bulletins en

deviendrait plus facile. On se rendrait mieux compte de l'importance de nos travaux ; tout le monde en bénéficierait.

En terminant, vous me permettrez de vous dire combien ce travail de secrétaire, que je croyais être une corvée, m'a intéressé, combien j'ai été heureux de le faire grâce à l'amabilité de chacun d'entre vous; aussi ne saurais-je trop vous remercier de la manière dont vous avez facilité ma tâche au cours de l'année qui vient de s'écouler.

ÉLOGE

DE

G.-M. FÉLIZET

(1844-1908)

par M. E. ROCHARD

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Mes chers collègues,

Il est de tradition, dans notre compagnie, de ne prononcer, dans la séance annuelle, que l'éloge des anciens présidents; vous ne m'en voudrez certainement pas de déroger à cet usage en faveur de notre regretté Félizet, surtout quand vous saurez qu'en le faisant vous me permettrez de payer une dette de reconnaissance.

Félizet a fait, ici même, l'éloge de mon père; il fut toujours pour moi un bon maître et m'a peut-être un peu désigné à vos suffrages pour lui succéder dans la place de secrétaire général.

Ce n'est, du reste, pas un type banal que celui de notre ancien collègue! Chirurgien, certes, mais original, artiste, écrivain, homme d'épée et comme sorti d'un creuset dans lequel on aurait mis de cette bonne terre de France, prise un peu à Tarbes, patrie de Dartagnan, un peu à Chinon où naquit Rabelais, et aussi peut-être un peu à Bergerac, pays d'origine de notre inoubliable Cyrano!

Et pourtant, étant né à Elbeuf, le 13 février 1844, il est Normand d'origine; mais ce n'est que par hasard, selon lui, qu'il vit le jour dans la Seine-Inférieure, et il préférait se dire Champenois.

Georges-Marie Félizet était le fils de Laurent Félizet, vétérinaire, et de Mlle Laure Cadet Le Choizelat.

Son grand-père, Savinien-Laurent Félizet, était maître de poste et cultivateur dans l'Aube, à Maizières-la-Grande. La femme de ce dernier était la sœur de Cléophas Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le père de Gustave Flaubert, le célèbre écrivain,

et d'Achille Flaubert, chirurgien comme son père, du même hôpital. On voit que par sa naissance, notre futur collègue avait déjà des attaches avec la chirurgie.

C'est sur le conseil de Cléophas Flaubert que son père vint s'établir en Normandie, ce qui resserra les liens d'intimité des deux familles.

Félizet passa donc les premières années de sa jeunesse à Elbeuf.

On sait l'impression durable produite par les récits que nous avons entendus dans notre prime jeunesse. Le cerveau de l'enfant grandit tout ce qu'il entend, comme tout ce qu'il voit. Qui de nous n'a été frappé de désillusion en revenant aux lieux où se sont passées nos premières années ! Minuscule la pièce d'eau qui semblait un bel étang, toute petite la place où nous nous ébattions et que notre souvenir décuplait.

Quelles proportions peuvent aussi atteindre les histoires avec lesquelles nous avons été bercés et qu'un contrôle presque impossible, le plus souvent difficile ou toujours très tardif, ne peut ramener à de justes dimensions. Elles pénètrent notre jeune cerveau encore si malléable, l'imprègnent profondément et exercent sans conteste une certaine influence sur nos jugements futurs et peut-être aussi sur la manière de conduire notre existence.

C'est ainsi que la fréquentation d'un vieil ami de la famille donna à Félizet, encore tout enfant, cet esprit enthousiaste et batailleur qu'il conserva homme fait.

Il passait une partie de ses journées en compagnie du père Noirot, gardien du pont à péage d'Elbeuf, et qui était un ancien *artiste*. C'est ainsi, paraît-il, qu'on appelait les vétérinaires militaires.

Il avait fait partie de la Grande Armée, et non seulement vu Napoléon, mais lui avait adressé la parole au siège de Hambourg où l'un des premiers il préconisa la consommation de la viande de cheval. On voit d'ici le prestige que put avoir cette vieille moustache dans l'esprit de Félizet, et quelle admiration il conserva pour ce vieil ami qui avait causé avec le grand homme. Qu'on se rappelle, en effet, la chanson de Béranger :

> Il vous a parlé, grand'mère !
> Il vous a parlé !

Mais le jeune Georges dut bientôt quitter Elbeuf, sa famille et le père Noirot pour entrer au lycée de Rouen. Il y fit, du reste, d'excellentes études, à ce point même que le collège Sainte-Barbe lui donna une bourse, et le voilà à Paris où son travail lui fait obtenir le prix d'honneur au concours général.

Ses grades universitaires acquis, en 1863, il fallait choisir une profession. La médecine l'attirait, et, malgré les sacrifices pécuniaires qu'elle nécessitait, lui, sans aucunes ressources, n'hésita pas à se lancer dans cette rude carrière.

Comme ses parents ne pouvaient lui être d'aucun secours, il entra comme maître d'études dans ce qu'on appelait alors un four à bachot, dont il est inutile de dire le nom. Je ne connais pas au monde de situation plus lamentablement décevante que celle de cet homme qu'à cette époque on appelait nn pion. Toujours en proie à l'inlassable malice des élèves, mal payé, mal nourri, en étude pendant le jour, au dortoir pendant la nuit, quel courage ne fallut-il pas à notre futur collègue pour ajouter à cela le travail de la médecine!

Pour faire face aux dépenses qu'elle exigeait, il donnait des répétitions, et dans quelles conditions! Il avait un élève turc, assez ignorant, paraît-il, quoiqu'il devînt plus tard ministre de l'Instruction publique à Constantinople. Le directeur de l'Institution s'était chargé de fixer les honoraires des leçons, à son plus grand profit, du reste, car je me suis laissé dire qu'il touchait de ce riche Ottoman 40 francs par jour, et qu'il ne donnait à Félizet que 40 francs par mois. Cette exploitation éhontée, qu'il ne connut que plus tard, lui était restée péniblement gravée dans la mémoire. Plus âgé et arrivé, il rencontra un jour le personnage en question et ne put s'empêcher d'un geste violent de faire pâlir sa boutonnière en même temps que de son extrémité inférieure il lui imprimait son plus profond mépris sur une région anatomique que vous me dispenserez de nommer.

Certes, ces violences sont parfois regrettables, mais elles s'adressaient à un homme qui, en plus des procédés que je viens de vous citer, n'avait pas hésité à mettre dans la rue, sans même avoir l'humanité de le conduire à l'hôpital, Félizet malade de la fièvre typhoïde. Que serait-il arrivé de lui sans l'assistance d'une personne aussi charitable qu'inconnue, qui eut la bonté de prendre un billet pour le pauvre malade qu'elle installa dans le train et qui put ainsi arriver à Elbeuf!

Il guérit néanmoins et revint à Paris; mais on comprend qu'il n'eut plus le moindre goût pour la situation de maître d'études. Il loua donc, rue de Condé, et pour 90 francs par an, une chambre, si on peut donner ce nom à un réduit si petit que lorsqu'on avait dressé le lit la porte ne pouvait plus s'ouvrir, et que pour se laver il fallait laisser ouverte la fenêtre à tabatière; et pourtant le même Béranger, que je citais tout à l'heure, a chanté : « Dans un grenier, qu'on est bien à vingt ans ! »

Il vivait du fruit de ses leçons. Comme il faisait partie du ser-

vice d'Hervieu qui exigeait sa présence à l'Hôtel-Dieu dès 8 heures, il se faisait réveiller par un garçon boulanger, allait à pied du quartier latin à Neuilly où il donnait une répétition à 6 heures du matin. Il avait su persuader aux parents que c'était dans l'intérêt de son élève, et on admirait même son dévouement.

Il faisait aussi des traductions anglaises, espagnoles, arrivait à se tirer d'affaires; plus tard, il donna des leçons d'anatomie, et c'est ainsi que « sans fortune, sans appui, par la seule force des exemples devant lesquels il fut élevé, par la puissance d'une volonté indomptable (1) », pour me servir des propres paroles qu'il adressait au souvenir de mon père, il a pu de rien réussir dans la rude carrière qu'est celle des hôpitaux de Paris, et donner l'exemple d'une vie bien remplie et sans aucune défaillance.

Ils sont nombreux, et c'est une des gloires de notre corporation, ceux qui sont arrivés sans la moindre ressource à parcourir la carrière de chirurgien des hôpitaux de Paris; quand on pense aux difficultés qu'éprouvent à conquérir les seuls grades d'externe et d'interne ceux qui n'ont même pas à songer à leur subsistance, on se rend compte des privations et de la somme de travail que dut donner Félizet pour arriver à l'externat, en 1865, puis à l'internat, en 1867. Il le laisse voir dans ces quelques phrases exquises dont il avait le secret quand, en 1883, il s'adresse à ses jeunes collègues lors de la proclamation des noms des nouveaux internes: « Depuis cinq ou six ans que vous avez pris votre première inscription, leur dit-il, vos journées se sont écoulées dans les fatigues et les répugnances d'un apprentissage difficile, et vos soirées, nous en pourrions demander le secret à votre petite lampe, le plus fidèle objet du mobilier d'un étudiant, à cette lampe devant laquelle nous sommes tous, dans le tard des nuits, restés longtemps penchés la tête dans les mains.

« Elle vous a vu plusieurs fois pâlir à la peine, aux heures où sa lueur claire s'associait à cette grande voix douce qui vient, dans le silence des veilles studieuses, murmurer à l'oreille des paroles d'encouragement et dont le souffle ami remplit de joie, de confiance et d'espoir la solitude de la chambre... »

Comme tout cela est loin, s'écrie-t-il, et il leur prêche « la précision, la clarté, la passion de l'exactitude, l'horreur du pédantisme et ce je ne sais quoi de simple, de naturel, de pénétrant, qui est comme la fleur du vieil esprit de France ».

Ces anciennes traditions, comme beaucoup d'autres bonnes choses, ont disparu sous le masque d'un faux progrès. C'est regrettable. L'occasion qu'elles faisaient naître de nous faire

(1) Éloge de Jules Rochard, *Bulletins de la Société*, 1908.

entendre d'aussi ravissantes paroles devait seule suffire à légitimer leur maintien.

Le voilà donc interne de 1867 à 1871, et ses deux maîtres préférés sont Gosselin et Dolbeau.

Ce dernier le prit en affection. L'homme solennel, autoritaire, un peu glorieux qu'était Dolbeau, l'amateur qui se plaisait à orner sa demeure de tapisseries dont on brisa les métiers, heureux qu'il était de posséder à lui seul des chefs-d'œuvre inédits (1), devait, suivant la loi des contrastes, avoir du penchant pour la nature simple, primesautière, franche et un peu rabelaisienne de Felizet. Celui ci fut pour lui un véritable ami et non seulement dans la bonne, mais encore dans la mauvaise fortune. Quand le professeur est un instant menacé, il va seul là où est son devoir. Il y a péril? Qu'importe! Quand on assaille le maître, il est près de lui et il lui est fidèle jusqu'à la mort.

A ce moment, ses tendances se sont montrées : il fera de la chirurgie et il suivra ce que nous appelons la carrière des concours.

Il commença par passer une thèse remarquable intitulée : « Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne ». Elle est restée classique et obtint en 1874 une récompense à l'Académie de médecine et une médaille d'argent de la Faculté.

Il affronta ensuite le concours des hôpitaux et fut nommé, en même temps que Richelot, chirurgien du Bureau central, le 1er juillet 1880.

Il ne fut placé que le 1er mai 1887 à l'hôpital d'Ivry, et en janvier 1889 il alla à Tenon. C'est dans cet hôpital qu'il se spécialisa comme chirurgien d'enfants. Il y resta douze années, jusqu'au 1er mars 1901, époque à laquelle il entra dans le service tout neuf de Bretonneau, où il resta jusqu'à son honorariat (1er janvier 1907). Entre temps, il avait été décoré en 1877 pour faits de guerre, avait obtenu en 1895 à l'Académie des Sciences un prix Montyon (médecine et chirurgie) et il fut fait officier de la Légion d'honneur à fin de carrière.

Les jeunes gens qui abordent aujourd'hui la pratique de la chirurgie ne peuvent se douter de l'évolution que durent faire subir à leurs idées ceux qui, comme Félizet, ont été internes avant la guerre. Tout est maintenant si simple, si facile, si scien-

(1) Eloge de Dolbeau, par M. de Saint-Germain. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1880.

tifique même; on se demande comment il put y avoir un moment de flottement dans les cerveaux de nos anciens grands praticiens. C'est que les perfectionnements de l'outillage se sont petit à petit réalisés, en même temps que les idées ont marché, et qu'à l'heure actuelle on se trouve devant un tout qui paraît harmonieux et complet; mais les choses se présentaient bien autrement pour ceux qui assistèrent à l'évolution de l'antisepsie en asepsie, à la transformation du matériel instrumental, à la création des étuves, des autoclaves, à la stérilisation du catgut....! Quand on pense qu'autrefois, on parlait du pus louable, qu'on arrivait même à le croire nécessaire, on juge de la stupéfaction de ceux qui assistèrent à la naissance de la nouvelle chirurgie, et quel travail il fallut pour se débarrasser des anciens errements. C'est à cette génération de transition, si j'ose l'appeler ainsi, qu'appartenait Félizet qui se mit au courant des nouvelles méthodes, gardant néanmoins quelques préférences pour l'iodoforme et la gaze iodoformée. Nous le connaissons surtout comme chirurgien d'enfants, et, comme tel, il a étudié la hernie inguinale qu'il pratiquait par un procédé particulier, avec du fil d'or. Il a écrit un remarquable livre sur ce sujet.

Il s'est aussi beaucoup occupé de la tuberculose articulaire, était partisan convaincu des résections larges, et notamment de celle de la hanche qu'il pratiqua avec une audace extraordinaire. Il portait le feu dans les foyers articulaires à l'aide d'un chalumeau qui parfois causait un peu d'émotion à ceux qui le voyaient employer, mais qui, entre ses mains, a donné quelques bons résultats.

Il avait l'esprit inventif et a inauguré quelques instruments ingénieux : une seringue stérilisable, une scie à champ mobile, et le premier eut l'idée de faire une aiguille qui, au lieu de se terminer en pointe, est aplatie et tranchante à son extrémité acérée.

Notre ancien collègue, quoique spécialisé dans la chirurgie d'enfants, fit néanmoins sur l'adulte quelques opérations retentissantes. Le premier, il retira de l'estomac, après la fourchette de Labbé, une cuillère, ce qui complétait presque le service, et il n'est pas besoin de vous rappeler ici qu'en 1899 il fit une opération d'autoplastie remarquable sur la joue d'une de nos plus jolies actrices; toutes les Revues de fin d'année en ont parlé. Toujours prêt, en vrai chevalier, à se sacrifier pour les dames, c'est sur lui-même qu'il préleva la portion de peau nécessaire à la greffe. Les journalistes ne manquèrent pas de discuter beaucoup sur la partie de lui-même qu'il offrit à sa malade, et l'un d'eux alla même jusqu'à dire que peu importait comment s'était conduit le

chirurgien, pourvu qu'il eût fait son devoir, et il intitulait son article : « Fais ce que dois! », à tort, du reste.

Littérateur, homme d'épée, comme je vous le montrerai tout à l'heure, par conséquent très occupé, modeste aussi, peu enclin à briguer les titres et les honneurs, ce ne fut que très tard que Félizet songea à se présenter à vos suffrages. Il ne fut, en effet, nommé membre de la Société de chirurgie que le 29 avril 1891, et, le 19 décembre 1906, vous le désigniez comme votre secrétaire général au moment où il allait quitter les hôpitaux.

* * *

Voici la carrière du chirurgien, de l'homme qui porte l'acier tranchant dans sa trousse, c'est-à-dire dans sa poche; mais nous voyons aussi bien, dans des temps plus reculés, Félizet la rapière au côté, chevalier des dames, chatouilleux sur le point d'honneur et prêt à défendre les siens et son pays.

Il adorait en effet l'escrime; l'épée était le grand attrait de son existence, il semblait que l'éclair de sa pointe le fascinât.

Il a sur ce sujet écrit un fort beau livre, apprécié de tous, même des professionnels, lui qui n'était qu'un amateur.

Dans une courte préface il a comme condensé tout ce qui pour lui fait l'homme grand et digne de ce nom, il y a résumé les qualités qu'il désirerait voir à son fils. Je voudrais, mais, en le faisant, je craindrais de lasser votre attention, vous lire ce petit chef-d'œuvre dans son intégralité; je vais néanmoins vous le citer presque tout entier.

Il s'adresse à son petit Gy et lui dit :

« Tu seras fort, et par conséquent sage.

« Tu éviteras dans la vie les querelles faciles et les engagements avec de plus faibles que toi.

« Un des beaux côtés de la vraie force consiste, non pas dans les coups qu'elle porte, mais dans la modération qu'elle permet de montrer.

« Tu seras donc modéré, mon petit homme, mais il y a deux choses pour la défense desquelles je veux que tu sois violent, intrépide, inflexible, féroce, impitoyable, — deux choses saintes qu'un honnête homme doit aimer plus que sa vie : ces deux choses s'appellent son HONNEUR et son PAYS!

« Malheur à qui les toucherait!

« La mort fût-elle là, sous tes yeux, tu iras de l'avant, crânement, le front haut, le sourire aux lèvres, à la française, n'est-ce pas mon petit Gy, toi que j'entends là sommeiller doucement,

les poings fermés, la tête pleine des splendeurs du grand cerf-volant neuf que nous devons lancer ensemble demain sur la plage !

Dors, mon petit ! »

Honneur et patrie ! Cette devise que dans ma prime jeunesse j'ai vu de longues années peinte sur la dunette de nos anciens vaisseaux, Félizet l'avait faite sienne, et avec quel courage il la soutenait ! C'était un brave dans toute l'acception du terme ; il n'avait pas le courage qui aime à s'entourer du panache, mais le vrai, le froid, celui qui se possède.

Pendant la guerre, fait deux fois prisonnier, deux fois il s'évada pour reprendre du service, et il ne se contenta pas d'exercer son art avec le dévouement que vous savez, mais chargé d'un message officiel, bravant l'eau et le feu, il traversa les lignes ennemies pour rentrer dans Metz. On donne souvent le nom de héros à des hommes qui n'en ont pas fait davantage, vous allez en juger vous-même.

Le service médical de l'armée française était insuffisant en 1870 ; aussi le ministre de la guerre fut-il obligé de s'adresser aux médecins civils. A Paris on répondit à cet appel avec empressement et plus de 1.000 inscriptions furent-elles obtenues en peu de jours. Celle de Félizet était du nombre. On forma au Val-de-Grâce des Commissions d'examen à la suite desquelles on conféra le grade de médecin aide-major de 2° classe aux candidats admis. Mais il fallut attendre longtemps le départ.

Enfin, le 18 août, nos jeunes médecins reçurent une feuille de route, les enjoignant de se rendre sur-le-champ à Metz, pour se mettre à la disposition de l'intendant militaire de la 3e division.

Ils s'embarquèrent donc à la gare du Nord, au nombre de 16, emmenant avec eux deux wagons chargés d'instruments et de pièces de pansements. Le blocus de Metz était à cette heure un fait accompli. L'empereur avait quitté la ville le 16 et le 18 ; les lettres de Thionville et de Luxembourg n'arrivèrent plus.

Félizet ignorait ces détails et ne savait pas vers quel inconnu il marchait, le cœur presque léger.

Arrêté d'abord à Soissons, puis à Reims, il commença à entrevoir la triste vérité, un maréchal des logis de dragons lui ayant dit qu'il avait vu l'empereur arriver à Mourmelon, dans un wagon de marchandises, assis sur une chaise d'église, la tête penchée, le regard inerte, les bras pendants.

Arrivé à la gare de Rethel où la population attendait un train de blessés, un honnête habitant dont il a toujours regretté de ne pas savoir le nom s'avança vers lui et lui offrit mille francs pour faire *un peu de bien là-bas*. Il regretta depuis de n'avoir pu l'ac-

cepter. Enfin, l'intendant de Charleville lui dit qu'il allait donner des ordres pour lui faciliter l'entrée dans Metz où il fallait arriver *à tout prix*.

Alors, la plupart de ses compagnons restant à Montmédy, le voilà parti pour Longuyon où il trouve une locomotive avec deux wagons qui le mènent à Thionville. Là, le général en chef lui confie un pli pour Bazaine.

Un train devait partir pour Metz, mais à 6 kilomètres on dût rétrograder devant la présence des Prussiens. Un brasseur du pays mit deux chevaux à la disposition de Félizet et du seul compagnon qui lui resta, mais la route était coupée. Il fallut partir à pied et les voilà vêtus comme deux pauvres serruriers, qui traversent Elrange, Uckange et arrivent à Mondelange d'où il partit seul, son camarade blessé aux pieds ne pouvant plus marcher.

Pour gagner Vitry, petit village assis sur les bords de l'Orne, la passerelle étant détruite et ne trouvant pas le moindre bateau, Félizet dut la traverser à la nage et, tout mouillé, il fut obligé, transi de froid, de faire dans les terres labourées les huit kilomètres qui le séparaient d'Hauconcourt. Tout était désert; il trouva pourtant une vieille femme qui lui apprit que Mézières était occupé et qu'il fallait passer par Rugy, c'est-à-dire traverser la Moselle. Il la passa comme l'Orne en faisant cette seule réflexion que l'eau de la Moselle est infiniment plus agréable que celle de l'Orne Mais à Rugy il tomba en pleine occupation allemande; il entra chez un épicier, se dissimulant autant que possible, quand la porte de la boutique s'effondra plutôt qu'elle ne s'ouvrit et un lieutenant entra, lui mit la main sur l'épaule en lui disant: « Toi écrivain ya; toi écrire », et le voilà qui, sous la dictée du Prussien, dresse une réquisition qui vide la boutique du coup.

Il sortit de Rugy et rencontra le 2e régiment d'artillerie hessois. Il se cacha tant bien que mal, passa par bonheur inaperçu et, laissant à gauche Malroy, il vit brusquement se détacher au-dessus de la ligne verte des forêts qui dominent la crête le cône rougeâtre et majestueux du mont Saint-Quentin. Il était arrivé. C'était Metz.

Il n'avait depuis longtemps été aussi heureux, sa mission était accomplie; pas encore cependant, car il fut immédiatement salué par une salve partie du 2e chasseurs français; mais (nous dit-il dans un récit auquel j'ai emprunté presque tout ce que je viens de vous narrer) « les cavaliers tirent mal à cheval ; le 2e chasseurs est pourtant un excellent régiment, les hommes sont entêtés, pas moyen de leur faire cesser leur maudit feu. J'avais si mauvaise mine ! Je courus vers eux en criant : France ! ils s'arrêtèrent ».

Il lui fallait voir Bazaine. Il traversa donc Metz au milieu d'une

patrouille, insulté par la population qui le prenait pour un espion, et il comparut après bien des pourparlers devant un homme indifférent qui lui fit un accueil glacial et reçut sa missive sans le moindre mot de remerciement. C'était Bazaine, le traître, au procès duquel il dut plus tard comparaître comme témoin.

Il n'avait eu pour récompense que le sentiment du devoir accompli. Pour un homme comme Félizet, cela suffisait, sa conduite ultérieure le montra. Resté dans Metz malade après la capitulation, il s'évada une première fois, rentra dans le Luxembourg déguisé en paysan et reprit immédiatement du service dans l'armée de l'Est, ayant simplement changé son prénom de Georges en celui de Marie. Repoussé en Suisse avec Bourbaki et blessé à la tête par une balle, il s'évada une seconde fois pour reprendre encore du service dans l'armée de la Loire et resta aux ambulances jusqu'à la fin de la guerre. Ce n'est pas tout, la Commune arrive, il est encore à Colombes à soigner les blessés.

Devant un homme qui a accompli de tels actes, qui a servi de cette façon son pays, il n'y a qu'une chose à faire, il n'y a qu'à se découvrir. Je me permets de saluer sa mémoire en votre nom et au mien.

* * *

Je vous ai dit au début de cette notice que Félizet était un littérateur ; vous le saviez déjà, ayant encore sous les yeux les belles images et dans les oreilles la douce musique de ses phrases harmonieuses, lorsqu'il prononça ici même l'éloge de Rochard. Il y a peut-être même un peu d'ironie à ce que ce soit moi qui loue si mal, qui soit appelé à faire l'éloge de cet homme qui a su si bien parler des miens, mais je me rassure parce qu'au paradis des bonnes gens il sait qu'à défaut d'autre chose, je suis plein de bonne volonté. Et du reste cet éloge que je prononce, c'est lui qui en grande partie l'a écrit, car les meilleures pages en sont celles que je me suis permis de lui emprunter.

Il s'est manifesté dans bien des genres. Allié à Laurier par sa femme, il devint l'ami d'About, de Gambetta et surtout de Francisque Sarcey.

Il était à bonne école pour faire du journalisme, et dans *le XIXe siècle* il a tenu une place honorable. Il y faisait la chronique scientifique sous le nom de Henri Vivien. Il y écrivit même un roman. Je vous ai donné plusieurs échantillons de son style, il est inutile d'en dire davantage.

Félizet avait quarante-huit ans quand j'eus l'honneur de faire sa connaissance. Ses cheveux blonds avaient déjà pris des tons d'automne ; ils commençaient à pâlir et, en s'éclaircissant, ils laissaient voir le front haut, solide, bien conformé, comme modelé sur un puissant cerveau. Le nez, régulier, était un peu saillant, les pommettes accusées. Les moustaches un peu épaisses et la barbiche à l'impériale le faisaient ressembler à un ancien militaire. Le teint rose un peu poussé donnait une valeur toute spéciale à la coloration bleue des yeux qui étaient très expressifs. La pensée y apparaissait rapide et s'y traduisait par le jeu des pupilles, le changement de nuance des iris et la mimique soudaine des paupières et des sourcils.

Le regard paraissait en jaillir prompt comme l'éclair, parfois dur comme le bleu de l'acier, mais le plus souvent doux, estompé, un peu mouillé comme l'émeraude azurée de la mer, quand il n'était pas malin et pénétrant comme s'il voulait entrer dans la pensée de son interlocuteur.

Je le vois encore dans son cabinet de la rue d'Amsterdam. Le jour y était fort discret et éclairait doucement les objets qui révélaient bien la nature artistique de celui qui les y avait placés. A côté d'une belle cheminée en bois sculpté et d'un superbe bas-relief situé derrière la table à laquelle il travaillait, il y avait d'antiques objets de cuivre et une batterie de vieux mortiers pharmaceutiques qui donnaient à cet ensemble un aspect un peu mystérieux.

Mais au lieu du vieil alchimiste qu'on n'aurait pas été très étonné d'y rencontrer, on était accueilli par un homme au regard franc, à l'air affable et qui vous donnait l'impression d'une grande bonté. Il aimait en effet à rendre service et à faire le bien. Sa charité quoique peu connue de ses collègues était très appréciée par les pauvres pour lesquels il aimait à se dévouer, et parmi les travailleurs il a laissé l'impression d'un praticien aussi habile que modeste et surtout désintéressé.

Sa caractéristique était du reste la façon dont il voyait la vie, non pas comme les modernes arrivistes, qui tout jeunes semblent déjà porter tristement sur leurs épaules le fardeau d'une longue existence, mais joliment, avec les yeux de l'optimisme, sans trop songer au lendemain, en pensant que chaque jour suffit à sa peine et que la gaieté doit être le propre de l'homme.

Mais s'il était bon, il n'était pas très endurant. Chatouilleux sur le point d'honneur, il était toujours prêt à mettre flamberge au vent et considérait un duel comme une chose salutaire et ma foi d'assez peu d'importance.

Il aimait volontiers la polémique et on a encore présente à la

mémoire celle qu'il soutint lors de la création des accoucheurs des hôpitaux.

Du reste pour finir de retracer les traits saillants de son caractère je ne puis m'empêcher de songer au portrait que Gustave Flaubert fait, dans *Madame Bovary*, du chirurgien Canivet quand il le décrit de la sorte :

« Dédaigneux des croix, des titres et des académies, hospitalier, libéral, paternel avec les pauvres et pratiquant la vertu sans y croire, il eût presque passé pour un saint, si la finesse de son esprit ne l'eût fait craindre comme un démon. Son regard, plus tranchant que ses bistouris, vous descendait droit dans l'âme et désarticulait tout mensonge à travers les allégations et les pudeurs. »

Mais en plus du chirurgien Canivet, Félizet avait une âme d'artiste. Il aimait tout ce qui émeut, tout ce qui touche, tout ce qui chante. Son grand bonheur était d'aller passer ses mois d'été dans une villa qu'il possédait à Malo-les-Bains. Il aimait les grands spectacles de la nature et ne se lassait pas de contempler la mer. De l'intérieur de sa chambre pendant la tempête, il pouvait l'entendre « lancer ses grosses lames à l'assaut des rochers, avec une rage farouche que rien n'apaise et qui se traduit par une clameur sourde et continue, harmonieuse comme une plainte et fière comme un défi » (1).

*
* *

En octobre 1908, à la rentrée, Félizet me fit savoir qu'il était souffrant et me pria de le remplacer dans ses fonctions de secrétaire de votre compagnie.

Je me souviendrai toujours de l'effet qu'il me produisit à ma première visite. La mort l'avait déjà marqué et de cet homme naguère si robuste et si vigoureux avait déjà fait une pauvre chose haletante et sans force ; mais l'intelligence était intacte. Seuls, le courage, l'énergie, la volonté tenaient encore debout ce pauvre corps qu'un cœur impuissant était inapte à soutenir.

Il m'accueillit néanmoins le sourire aux lèvres, et, d'une voix entrecoupée par les faux pas d'une respiration désormais insuffisante, la sueur au front, les narines battantes, voulut encore plaisanter avec moi; je dus abréger ma visite.

A partir de ce moment ce fut une longue suite de crises d'urémie et d'asystolie. Comment dire les souffrances de cet homme qui

(1) Eloge de Jules Rochard, *loc. cit.*

vivait dans les angoisses constantes de l'asphyxie, que la situation allongée faisait suffoquer, qui ne pouvait donc jamais passer une nuit dans son lit, et qui comme médecin se rendait un compte exact des progrès du mal. Et pourtant il n'eut pas un seul instant de défaillance.

Mais s'il put avoir le grand courage d'essayer de dissimuler à son entourage tout ce qu'il y avait de douloureux dans sa pénible situation, il eut le suprême bonheur de terminer ses jours au milieu des siens, ayant à ses côtés sa femme, ses filles, son fils qui fut vraiment admirable et même une petite-fille qui venait de naître et dont le sourire perça d'un rayon de soleil l'ombre des dernières tristesses.

Félizet avait une passion pour le jeu de dames où il était de première force ; à chaque visite notre collègue Belin, qui fut pour lui l'ami si bon et le médecin si dévoué, avait l'habitude de faire plusieurs parties avec son malade, et avec la victoire la gaieté revenant, les anecdotes reparaissaient en nombre, il oubliait son mal.

Le 10 novembre 1908, notre collègue sonnait à sa porte au moment où on se précipitait pour aller le chercher ; Félizet venait d'être pris d'une syncope. Il monta en hâte dans la chambre où le jeu de dames était préparé pour ce qui devait être la dernière partie et se rendit immédiatement compte de la situation. Rien ne put empêcher la catastrophe qui fut absolument inopinée et par suite sans angoisse et sans souffrance.

Nous apprîmes sa mort par les journaux et nous ne sûmes que plus tard qu'il avait été enterré au Blanc dans le département de l'Indre.

Il était retourné modestement à la terre entouré seulement des siens comme un brave homme qu'il était, et ayant voulu, sans doute, en supprimant l'éclat d'un convoi plus ou moins retentissant, éviter d'attrister ceux qu'il aimait, de déranger les indifférents et d'éveiller la curiosité de ceux qui ajoutent une grande importance aux marques de l'ostentation.

C'est pourquoi la Société de chirurgie a eu le regret de ne pouvoir l'accompagner à sa dernière demeure.

* * *

N'avais-je pas raison, mes chers collègues, au début de cet éloge, de vous dire que j'allais essayer de retracer devant vous les traits saillants d'une existence bien intéressante et vraiment un peu extraordinaire?

Quoi de plus curieux en effet que la figure de cet homme si

ferme et si souple à la fois, si ferme dans sa volonté de parvenir, dans ses convictions, dans le maintien de ses idées, si souple dans ses manifestations humaines!

Ne le voyons-nous pas en effet tour à tour chirurgien, littérateur, artiste, homme de sport? Il abandonnait le bistouri pour prendre l'épée avec la même aisance qu'il mettait à quitter l'épée pour saisir la plume, et toujours le sourire aux lèvres.

Avec lui, c'est un morceau de la vieille France qui passe, frondeuse peut-être, mais prête à mourir pour une idée; hardie, mais charitable, bourrue parfois, mais si douce au fond!

Ce qui personnifie surtout le caractère de Félizet, c'est certainement la bravoure, cette vertu généreuse devant laquelle pour ma part je m'inclinerai toujours avec respect.

C'est elle en effet qui, dans un joli geste, nous fait faire le sacrifice de notre vie pour sauver celle de notre prochain, quand elle ne s'emploie pas à la défense de ces deux idées qui résument la vie de Félizet comme elles furent le résumé de la préface du livre qu'il dédia à son fils : HONNEUR ET PATRIE.

PRIX DÉCERNÉS EN 1910

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1911.)

Médaille Lannelongue (Médaille d'or et 5.000 francs en espèces). La médaille est décernée à Sir VICTOR HORSLEY, à Londres.

Prix Dubreuil (1.000 francs). — Le prix est accordé à M. le Dr L. LAMY, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital maritime de Berck, pour son travail intitulé : *Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant*.

Prix Laborie. — Le prix est partagé comme il suit : 2.000 francs à M. le Dr PAUL SOURDAT, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail intitulé : *Etude radiographique des tuberculoses osseuses et articulaires. Coxalgie, tumeur blanche du genou.* — Devise : « *Justum tenacem* ».

800 francs, à MM. les Drs JULES et ANDRÉ BŒCKEL, pour leur travail intitulé : *Etude sur les fractures du Rachis cervical sans symptômes médullaires.* — Devise : « *Les doctrines ne valent que par la vérité qu'elles expriment* ».

500 francs, à M. le Dr GUIBÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour son travail sur : *La paralysie du nerf sus-scapulaire.* — Devise : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas* ».

SIR VICTOR HORSLEY. — Je vous suis reconnaissant de l'honneur que vous m'avez fait en me décernant pour la première fois le prix Lannelongue et vous en remercie. Pour payer ma dette, je voudrais vous dire quelques mots.

Après avoir suivi pendant de longues années la direction donnée par John Hunter, la médecine anglaise a subi l'influence d'un grand savant français, Claude Bernard, qui a montré l'association de la chirurgie et de la physiologie. C'est elle que j'ai cherché à réaliser. Malheureusement, si la science chirurgicale avance assez vite, la pratique marche plus lentement. C'est que nous sommes enchaînés par des traditions dont nous avons de la peine à nous libérer.

M. Lannelongue a été mon libérateur : il a montré que le crâne n'était pas la boîte de Pandore, que son ouverture n'était pas aussi dangereuse qu'on le croyait. C'est sa hardiesse qui m'a inspiré; aussi suis-je heureux de lui adresser ici le tribut de ma reconnaissance.

PRIX A DÉCERNER EN 1911

(Séance annuelle de janvier 1912.)

Prix Marjolin-Duval, *annuel* (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1911.

Prix Laborie, *annuel* (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil, *annuel* (400 francs). — Prix destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord, *bisannuel* (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay, *bisannuel* (700 francs). — Sujet à traiter : *De la transplantation ou anastomose des nerfs; manuel opératoire et résultat.*

Prix Gerdy, *bisannuel* (2.000 francs). — Sujet à traiter : *De la sporotrichose au point de vue chirurgical.*

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay *doivent être anonymes* et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1911.

PRIX A DÉCERNER EN 1912

(Séance annuelle de 1913.)

Prix Dubreuil, *annuel* (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, *annuel* (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1912.

Prix Laborie, *annuel* (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Jules Hennequin, *bisannuel* (1.500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe arron.), avant le 1er novembre 1912.

Le Secrétaire annuel,

HARTMANN.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

M. ROUTIER, président sortant, cède le fauteuil présidentiel à M. JALAGUIER, qui prononce une courte allocution pour remercier ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'élisant et féliciter M. Routier, « qui n'a jamais manqué à une séance durant toute l'année », de la manière remarquable dont il a dirigé les travaux de la Société.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. AUVRAY, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. LECOMTE (de Marseille), intitulé : *Carie costale consécutive à un abcès du foie.* — Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MORESTIN est nommé rapporteur.

Rapports.

Hernie inguinale de l'ovaire et du côlon transverse étranglée. — Opération in extremis. — *Anus iliaque. — Entérectomie secondaire. — Guérison*, par M. le Dr DERVAUX (de Saint-Omer).

Rapport de M. A. GUINARD.

M. le Dr Dervaux (de Saint-Omer) nous a adressé deux observations intéressantes, l'une et l'autre, à plus d'un titre.

Dans la première, il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, dont je vais d'abord résumer l'histoire.

Cette malade avait un passé pathologique chargé : A quinze ans, une coxalgie gauche lui a laissé une ankylose de la hanche en flexion. Le 1er septembre 1909, une pneumonie grippale s'est accompagnée de séquelles dont les poumons gardent encore la trace : de nombreux râles sont généralisés, avec localisations plus marquées aux deux sommets; il y a de l'asthénie cardiaque, avec irrégularité du rythme, faux pas, œdèmes malléolaires. D'une famille de hernieux, cette femme a eu, en 1894, une hernie inguinale gauche qui a débuté par un étranglement d'emblée, assez aisément réduit, d'ailleurs. Depuis ce temps-là, la réduction était toujours restée facile, lorsque, le 26 septembre, elle fut prise de phénomènes d'étranglement. Elle ne fit appeler le Dr Gantois que six jours après, et ce n'est que le septième jour que le Dr Dervaux put pratiquer la kélotomie, dans les plus mauvaises conditions. Je passe sur les signes généraux, les vomissements, l'obstruction totale, etc. Localement, la hernie se présentait comme une tumeur phlegmoneuse, du volume d'un petit œuf, œdématiée, rouge, très douloureuse, mate à la percussion, occupant le trajet du canal inguinal.

Bien que la malade parût mourante, M. Dervaux ouvrit le sac, dans lequel nageaient, au milieu d'un liquide noirâtre, une masse épiploïque en voie de sphacèle, un ovaire blanc grisâtre, congestionné, étranglé, augmenté de volume, avec quelques suffusions sanguines, et une anse d'intestin, volumineuse, congestionnée, portant, entre des points suspects, trois plaques de sphacèle. L'intestin était recouvert par l'épiploon et l'ovaire était en avant.

M. Dervaux, opérant *in extremis*, pour ainsi dire, se borna à débrider l'anneau, à réséquer l'ovaire et à fixer l'épiploon et l'intestin dans la plaie.

Le lendemain, les plaques de sphacèle de l'intestin ont cédé ; les matières et les gaz inondent le pansement. Les jours suivants,

l'état général s'améliore et, localement, l'épiploon s'élimine et laisse finalement un véritable anus artificiel. Il ne passe par le rectum et l'anus ni gaz ni matières.

Je cite textuellement, pour la deuxième opération et l'état des parties, le texte de M. Dervaux.

« Toute la plaie opératoire, dit M. Dervaux, est occupée par un énorme champignon rouge, qui n'est autre que l'intestin hernié. Nous y voyons trois perforations étagées. La supérieure est au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Le doigt introduit s'y dirige dans deux directions : d'abord obliquement vers les fausses côtes gauches, en haut et en dehors; dans l'autre sens, il suit la paroi, descend en bas et en dedans, refoule un éperon et aboutit dans une grande cavité où s'ouvre un second orifice. Celui-ci sera décrit plus loin. Par la fistule supérieure ne coule aucune matière, ne passe aucun gaz. Il est facile de se rendre compte qu'elle conduit dans le bout inférieur de l'intestin et que celui-ci se dirige franchement vers l'angle splénique. Le second orifice est situé à 2 centimètres environ plus bas. Il donne issue à des gaz, à des matières souvent liquides et mal odorantes, parfois solides, pour peu surtout que la patiente absorbe du bismuth. Ces matières paraissent peu irritantes pour la peau, qui est intacte. Par là, le doigt tombe dans la cavité sus décrite d'une part, et file d'autre part, en bas et en dedans, vers le milieu du ventre, où on trouve des matières. Dans ce segment d'intestin, évidemment le supérieur, s'ouvre un troisième orifice. Celui-ci est situé, par rapport aux autres, sur une même ligne, qui est l'axe du canal inguinal. Il est près du deuxième, et un peu en dehors, un peu au-dessus de l'orifice externe. Il est séparé du précédent par un pont de paroi intestinale de 1 cent. 5 environ, mais nullement par un éperon; il en sort quelquefois un peu de liquide fécaloïde, mais jamais de matières ni de gaz.

« La patiente veut à tout prix être débarrassée au plus tôt de son infirmité. Je décide donc de l'opérer le 23 novembre.

« Pendant quelques jours, la peau est désinfectée avec soin par des nettoyages répétés et des badigeonnages à l'éther iodoformé. J'intervins avec l'aide de MM. Barberousse et Gantois. Faute de pouvoir préciser de façon absolue le segment de gros intestin malade, je monte les deux parties d'un bouton de Murphy avec deux fortes soies m'empêchant de les perdre, et je pousse aussi loin que possible, avec une longuette, la pièce mâle dans le bout inférieur, la pièce femelle dans le bout supérieur, à travers les orifices pathologiques; je les obture ensuite avec des pinces. Une incision circonscrit à quelques millimètres la tumeur. Les bords

sont garnis de compresses pincées avec la plaie, et toute surface septique étant ainsi cachée, j'incise jusqu'au péritoine et j'entre dans le ventre. J'y trouve un fouillis inextricable composé de l'anse malade, de son méso, auquel adhèrent l'épiploon et des anses grêles. La portion malade appartient évidemment au côlon. Le bout inférieur, supérieur dans la plaie, offre une résistance invincible à toute tentative d'extériorisation. Il est très court, fixé à la région splénique, et suit les mouvements respiratoires. C'est l'angle gauche du côlon transverse. Une pince de Hartmann est posée aussi haut que possible : la moitié du bouton est calée contre elle, la soie retirée et l'intestin sectionné entre deux autres pinces à coprostase par le procédé d'écrasement. Je lie le moignon et l'enfouis sous une suture. Je me porte alors au bout supérieur. J'y fais subir le même traitement au bouton : emprisonnement entre deux pinces après libération de la soie conductrice. J'éprouve quelque difficulté à le faire progresser à travers les matières fécales durcies. Section de l'intestin à l'écraseur. Celle-ci, toutefois, offre quelque difficulté également, et je ferme l'organe par deux plans de suture.

« A ce moment, malgré le sérum et la rapidité de l'intervention, la malade va mal. Je renonce à décoller les adhérences du mésocôlon et le sectionne au ras de l'organe. Je rapproche les deux parties du bouton et les réunis par le procédé décrit par M. Pauchet : perforation au thermo, réunion, serrage. Je me protège cependant par quelques points de soie d'appui.

« Les suites opératoires, malgré plusieurs alertes en cours d'intervention, furent des plus simples. Il y eut émission de gaz par l'anus le lendemain. Les jours suivants, la perméabilité du canal fut assurée par quelques laxatifs. L'alimentation et la station assise furent reprises le deuxième jour. Le dixième jour, le bouton fut rejeté. Le 20 décembre, la malade était tout à fait guérie. »

J'ai donné textuellement la technique suivie par M. Dervaux, et on aurait mauvaise grâce à faire la moindre critique à sa manière d'agir, puisqu'il a guéri sa malade malgré l'état précaire où elle se trouvait. Dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, M. Dervaux se demande s'il aurait dû faire la résection immédiate lors de sa première intervention. Je crois vraiment que la question ne se pose même pas. C'est la doctrine constante de la Société de Chirurgie que l'état général du malade prime tout en pareil cas, et il est bien clair que, dans ce fait particulier, les partisans les plus résolus de l'entérectomie primitive auraient agi comme l'a fait M. Dervaux.

Ce qui pourrait être contestable, c'est l'emploi du bouton de Murphy pour l'entérectomie. A lire les détails de la technique employée par M. Dervaux, il semble que le bouton avait plutôt compliqué que simplifié l'opération. Ce « cheminement » de chaque moitié du bouton dans l'intestin ne paraît pas avoir été facile, au moins pour le bout supérieur rempli de boulettes fécales durcies. Le « tour de main de Pauchet » est très intéressant à rappeler, car il permet d'ajuster les deux bouts sans craindre l'effusion des matières. Cependant, avec de bons clamps coprostatiques, on peut arriver au même résultat. Je dois dire que M. Dervaux termine son mémoire en avouant « qu'il aurait très bien pu ne pas employer le bouton »; mais c'est la rapidité de son application qui l'a tenté, et à cela il n'y a rien à répondre. D'ailleurs, je le répète, le succès de son intervention est un argument excellent.

Je note en terminant que la hernie de l'ovaire n'est pas exceptionnelle. J'en ai publié moi-même un cas, et nous en avons sans doute tous observé. Ce qui me paraît plus rare, c'est la présence du côlon transverse dans une petite hernie inguinale, alors que cela s'observe fréquemment dans les grosses hernies.

En somme, on ne peut que féliciter M. Dervaux de son succès, et je propose de le remercier de son intéressante observation.

Discussion.

M. Routier. — Je ne veux dire qu'un mot à propos de l'emploi du bouton de Murphy pour rétablir la continuité de l'intestin, car je considère ce moyen comme très mauvais.

J'ai présenté, il y a plusieurs années, à l'époque où nous commencions à pratiquer des résections iléo-cæcales, un fait malheureux dû à l'emploi du bouton de Murphy.

Après avoir réséqué un tronçon iléo-cæcal, je rétablis la continuité de l'intestin avec le bouton de Murphy. Or, après quelques jours d'un assez bon état, mon malade présenta des signes inquiétants que je ne sus pas bien rapporter à leur cause, et il mourut.

Or, il mourut d'occlusion intestinale due à l'obstruction du bouton par des matières compactes, dures comme du mastic.

A la même époque, parut une observation analogue due à à M. Czerny, de Heidelberg.

Je crois que l'emploi du bouton de Murphy pour rétablir la continuité intestinale est dangereuse : il faut faire la véritable entéro-anastomose par suture.

— Les conclusions du rapport de M. Guinard, mises aux voix, sont adoptées.

Sigmoïdite rhumatismale avec complications périvésicales. Guérison. Du rôle possible de la sigmoïdite dans la pathogénie de certaines suppurations de la cavité de Retzius, par M. le Dr DERVAUX (de Saint-Omer).

Rapport de M. A. GUINARD.

Tout ce qui peut servir à éclairer l'histoire des sigmoïdites doit être recueilli avec soin; la question est loin d'être au point, et l'observation de M. Dervaux prêtant à discussion, je crois devoir vous demander de vous la citer *in extenso*.

E. L..., trente-cinq ans, antécédents arthritiques; père et mère rhumatisants et goutteux; antécédents personnels: plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont une assez sérieuse. Le traitement salicylé a toujours eu sa pleine efficacité. Pas de complications viscérales connues. Sujet nerveux, dépressible.

Le 10 décembre, commence un violent rhumatisme articulaire aigu avec fluxion locale du poignet droit, fièvre, sueurs, langue saburrale, urines très riches en urates, réaction rapide et nette aux dérivés salycylés. Les jours suivants, la maladie évolue classiquement avec une légère localisation endocardique le 4e jour et des fluxions articulaires en balancement aux tibiotarsiennes, aux coudes, aux genoux, aux hanches. Ces phénomènes durent jusqu'au 22 avec atténuation progressive des attaques en durée et en intensité. Le salicylate n'est pas supporté, en dépit du régime lacté et de l'intégrité rénale, à cause des phénomènes nerveux, et suppléé par les dérivés habituels.

Cette première phase de la maladie dura jusqu'au 25 et se termina par une crise de rhumatisme intercostal très pénible. Le 25 décembre tout rentre dans l'ordre. La fièvre tombe, les urines redeviennent claires. Ces accidents se sont accompagnés de symptômes digestifs: langue saburrale, inappétence, constipation, etc.; j'avais jugé bon d'administrer au malade le 11, 0 gr. 50 de scamonnée; le 18, 30 grammes d'huile de ricin. Le 27, à nouveau, on lui donne 0 gr. 40 de jalap et de scammonée. Une heure ne s'était pas écoulée que L... se plaignait d'une douleur vague dans la fosse iliaque gauche. Le ventre n'est ni rétracté ni ballonné: *loco dolenti*, légère sensibilité à la pression, sans empâtement. A partir de ce moment, les symptômes vont s'aggravant. D'emblée, il y a rétention absolue des gaz et des matières. Le ventre se ballonne surtout au niveau du flanc et de la fosse iliaque gauche, mais ce ballonnement ne tarde pas à s'étendre à tout l'intestin et même à l'estomac. La paroi est résistante et tendue et les organes se dessinent sous elle. Les phénomènes digestifs sont rares: ce n'est qu'au bout de deux à trois jours qu'il y a quelques nausées, causées sans doute par la distension de l'estomac. La langue est saburrale. La douleur est assez vive dans le flanc gauche. La palpation la réveille dans cette région et

spécialement sur le trajet de l'S iliaque à quatre travers de doigt de la crête iliaque, ainsi que vers la région vésicale. On sent nettement dès le premier jour l'anse intestinale iliaque formant un boudin, très dure, mais aussi extrêmement douloureuse, s'étendant du bassin à trois-quatre travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Il est facile de constater dès le deuxième jour de cette crise une sorte de rénitence au niveau de la vessie. Ces accidents ont été s'aggravant, quasi d'heure en heure, avec un état général mauvais, une température de 38°7 et un pouls de 96-100 pendant les journées des 27 et 28. Les urines, claires avant la crise, sont devenues extrêmement chargées en urates et phosphates.

Le 28 au soir et le 29, l'état du malade s'améliore; la température tombe, le pouls restant à 96. Un lavement huileux donne issue à un liquide sale, fécaloïde et à des gaz; ceux-ci continuent à être chassés abondamment et le ventre se déballonne. On sent nettement que l'S iliaque forme un boudin dur et douloureux. La douleur est surtout exquise au niveau d'un point situé dans le flanc gauche, au côté externe de cet intestin, grand comme une paume de main, à peine.

Le 29 au soir, L... se trouve très bien, mais le pouls reste à 96, l'émission des gaz s'arrête, les urines une fois claires sont redevenues troubles. Il s'endort paisiblement, quand vers onze heures il se réveille brusquement comme en proie à une hallucination. Il a vu venir une barre de fer qui l'a frappé au ventre et ressent une douleur épouvantable au point susdit. Le facies est pâle, tiré, mais il n'y a aucune réaction péritonéale, un peu de ballonnement, extrême sensibilité spontanée et provoquée, un peu irradiée vers la ligne médiane au niveau de la vessie.

La nuit et la journée du lendemain se passent sans selles ni gaz; le tableau clinique prend une allure grave; la température s'élève à 38°5, le pouls à 96-100. Les urines sont très chargées de sels, colorées, peu abondantes, douloureuses à l'émission. Le tube digestif est distendu par les gaz, avec maximum dans la fosse iliaque gauche, mais extension jusqu'à l'estomac. Les organes se dessinent sous la peau. Les douleurs sont très vives, paroxystiques, analogues à celles qu'on observe chez les obstrués, violemment purgés. Les régions répondant à la fosse iliaque gauche et à la vessie sont extrêmement sensibles surtout la première qui est empâtée et au fond de laquelle on sent nettement un boudin sigmoïdien. Pas de symptômes péritonéaux.

Le soir du 30, un lavement huileux ramène des matières fortement colorées, des fausses membranes, des gaz. Cette débâcle s'accentue le lendemain, les gaz sont émis en abondance. Les phénomènes de distension disparaissent et le soir, il ne reste qu'un boudin intestinal très sensible étendu de la fosse iliaque gauche au flanc jusqu'à hauteur de l'ombilic. La température est au-dessus de 38, le pouls à 96.

Le 1er janvier, vers quatre heures du matin, nouvelle crise superposable aux précédentes. La rétention des gaz et des matières s'installe à nouveau. L'huile de ricin amène péniblement quelques matières, mais cela ne dure pas. Le ballonnement s'installe peu à peu en com-

mençant par la fosse iliaque gauche et gagne tout l'intestin. Les douleurs spontanées sont très violentes et arrachent des cris au patient. Elles viennent par crises toutes les dix minutes, et le malade les attribue à des gaz. Les urines sont très chargées, troubles, courtes, et leur émission très douloureuse. Le boudin intestinal très perceptible est très douloureux et la palpation est également pénible au niveau de la vessie où il y a un peu d'empâtement. Au toucher rectal, légère saillie très douloureuse, très haut située, en arrière, au fond du rectum. La température ne varie guère. Elle est de 37°7 axillaire et de 38°9 rectale. Le pouls, 96-100. Il n'y a jamais de symptômes péritonéaux.

Le 2 janvier au soir, la fin de la crise s'annonce par une émission de gaz. Peu à peu tous les phénomènes cèdent. Il y a des gaz, des selles ; le ballonnement disparaît. Le ventre redevient souple, plat. Les douleurs n'existent plus, sauf au moment des efforts de défécation. Les matières sont molles, colorées, mais sans fausses membranes. Les urines redeviennent claires, abondantes. Leur émission n'est plus douloureuse.

Au palper, on sent admirablement l'S iliaque dure, boudinée, contractée, mais beaucoup moins sensible, sauf à sa face externe, à trois travers de doigt de la crête iliaque. Il n'y a plus rien au toucher rectal. La température va décroissant jusque 38°2 rectale, mais il persiste toujours un énorme écart avec la température axillaire.

Nous atteignons ainsi le 6 janvier et une nouvelle crise s'amorce le soir, comme les autres fois, par la suppression des fonctions intestinales, la recrudescence de la fièvre, les modifications des urines. Elle va s'aggravant les 7, 8, 9 janvier. Il n'y a, à aucun moment, de symptômes péritonéaux ; il y a toujours une différence énorme entre la température locale (38°9) et la température axillaire (37°8) et des symptômes objectifs locaux très nets. La crise cesse le 10 avec rémission complète comme précédemment jusqu'au 12, la température restant toujours au-dessus de 38 degrés et le boudin iliaque nettement perceptible.

Le 12, débute une dernière crise qui fut de toutes la plus curieuse. La température commence à remonter. Les selles et les gaz sont plus rares, le ventre est encore souple, l'S iliaque est plus tendue et devient très douloureuse au niveau de l'arcade fémorale, plus bas que précédemment. Sur la ligne médiane, on sent nettement un globe, rappelant une vessie distendue, un utérus contracté, très sensible. L'urine est à nouveau courte, très chargée. Le malade se plaint de souffrir de coliques intestinales et de mictions très douloureuses.

Le 14, il y a trois selles, des gaz, un état digestif peu brillant. La langue reste bonne, humide, mais il y a des vomissements. Le ventre est sensible aux points habituels. Les urines ne contiennent ni pus, ni albumine. Les mictions sont très douloureuses pendant et après. La vessie forme un globe d'une dureté ligneuse remontant à trois travers de doigt de l'ombilic et communiquant avec un empâtement de la fosse iliaque. La température reste à 38°4.

Le 15, cette situation s'accentue. L'état digestif est plus mauvais : inappétence, langue humide, mais saburrale, deux vomissements

bilieux. Deux selles diarrhéiques spontanées sans douleur, quelques gaz. Les mictions sont semblables, mais un peu moins douloureuses. Les douleurs spontanées se localisent dans le bas du ventre, dans la fosse iliaque gauche et la zone vésicale.

Au palper, dans la région épigastrique, globe très dur, ligneux dessinant nettement, à la vue et au palper, la vessie, sous les muscles de la paroi, mais ne semblant cependant pas plonger profondément. Ce globe communique très nettement avec l'empâtement de la fosse iliaque gauche.

Toute cette zone est extrêmement sensible. Au toucher, la vessie paraît peu empâtée, mais douloureuse. Température rectale, 38°3.

Le 16, ces symptômes s'aggravent ; l'état général est franchement mauvais, le malade est épuisé ; il y a de la diarrhée, noire, très fétide, sans pus toutefois, trois à quatre vomissements. Douleurs à la miction, beaucoup moins à la défécation ; 38°2. Le globe donne absolument l'aspect d'un phlegmon de Retzius. Le facies n'est, toutefois, nullement péritonéal.

Le 17, l'état général reste franchement mauvais le matin, avec diarrhée et vomissements. Dès le soir, la température tombe, le pouls est à 84. Les phénomènes digestifs cessent, les douleurs diminuent. Le globe prévésical perd de sa dureté, de son étendue, et nous assistons, le Dr Letailleur et moi, à un phénomène des plus curieux. Du 16, à 4 heures du soir, au lendemain à midi, cette tumeur dure, ligneuse, allant du pubis à deux travers de doigt de l'ombilic, se ramollit et disparaît totalement en même temps que les symptômes s'évanouissent. Il ne reste plus que le boudin iliaque très net, très accessible. Plus de température, de vomissements ; presque plus de diarrhée et de l'inappétence.

L'état reste excellent jusqu'au 23. A cette date, il se fait une nouvelle poussée de température, et une nouvelle attaque de rhumatisme franc se déclare au pied droit, qui les jours suivants se porte au genou et à l'épaule droite.

Actuellement, depuis quinze à vingt jours, le malade est guéri. Il ne lui reste plus aucun trouble digestif, mais on sent toujours un boudin dur, contracté, dessinant nettement son S iliaque de la hauteur de l'ombilic à la fosse iliaque. L'état général très fortement atteint par un jeûne forcé de quarante jours et par des souffrances terribles, se relève peu à peu. Le pied gauche se gonfle encore de temps à autre.

Ce cas m'a semblé des plus curieux à plusieurs points de vue. Il est hors de doute que je me suis trouvé en présence d'une sigmoïdite et que son origine et sa nature ont été nettement rhumatismales. La présence des troubles fonctionnels intestinaux, l'existence du boudin iliaque, longtemps persistant après la maladie, la température locale, la présence d'une douleur nettement localisée en un point de ce segment de l'intestin, écartent toute objection.

D'autre part, l'existence d'une infection rhumatismale typique avant et après, son absence pendant la durée de la maladie, la marche très spéciale, quasi caractéristique, que nous avons décrite, en particulier

lors de la dernière crise, nous semblent bien y mettre une signature étiologique. C'est plus qu'une sigmoïdite, survenant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, c'est une sigmoïdite rhumatismale. Ceci nous a paru du plus haut intérêt, car nulle part nous ne l'avons trouvé signalé. Les localisations intestinales de cette infection s'accompagnent ordinairement de diarrhée, et ni dans son histoire, ni dans celle de la sigmoïdite, on ne décrit de faits semblables. C'est donc à une forme nouvelle de cette maladie que nous avons eu affaire.

Le mot nouvelle est, sans doute, mal appliqué. Cette entité morbide, à laquelle on discutait naguère encore le droit à l'existence, est plutôt peu connue et il lui arrivera, sans doute, une fortune rappelant celle de l'appendicite. Elle ne paraît pas aussi rare qu'on veuille le dire, et si la description n'en est guère encore classique, cela tient à de tout autres causes.

La symptomatologie présentée par notre malade n'a pas toujours été conforme aux descriptions antérieures. Il semble, en dernière analyse, qu'il y ait eu un processus inflammatoire localisé à l'intestin, et que cet état de l'organe ait déterminé des crises de spasme. Celui-ci survenait progressivement, mais rapidement, avec ou après une douleur plus ou moins vice et une exacerbation de la température. Il était cause d'une obstruction aiguë plus ou moins complète à laquelle, beaucoup plus qu'à une irritation péritonéale, il fallait rattacher les phénomènes abdominaux ou digestifs : ballonnement, nausées, coliques par contraction sur l'obstacle, inappétence, rapidité du pouls, etc.

La cessation du spasme les faisait cesser tous, sans toutefois faire tomber complètement la fièvre, la chaleur et la douleur locales.

La production de ce spasme parut être liée ici autant à l'état constant de l'intestin qu'à des poussées inflammatoires nouvelles ou plus intensives. Cette description rapide se rapproche assez de celle de Patel, au moins dans ses grandes lignes, avec cette différence que nous attachons infiniment plus d'importance à l'état continu de l'intestin qu'aux phénomènes paroxystiques, et cela rappelle bien des sigmoïdites chroniques installées insidieusement

Peut-être n'y a-t-il là qu'une question de forme. Nous pourrions parler aussi des températures que cet auteur trouve oscillant entre 39 et 40 (toujours inférieures à 39 degrés, dans le rectum, dans le fait présent), de la durée qu'il considère comme courte et qui a atteint un mois ici, de la différenciation considérable des températures rectale et axillaire, qu'il ne signale pas. Peut-être encore question de forme, d'agent, etc. !

Ce qui est plus curieux, c'est l'évolution de notre malade. Alors qu'au début, il présentait le tableau d'une sigmoïdite presque pure, à la fin, celle-ci s'était estompée et nous avions surtout la symptomatologie d'un phlegmon de Retzius. A vrai dire, les phénomènes vésicaux ont existé très précocement, mais ils étaient à peine décelables ; à la fin, ils occupaient seuls la scène et ont failli nous faire prendre le bistouri. Ce compagnonnage amène de suite diverses réflexions. Y a-t-il là un simple hasard, une simple simultanéité de l'agent causal s'exer-

çant sur deux points voisins, mais indépendants ? Y a-t-il, au contraire, une relation étroite entre ces deux processus ? Nous ne saurions admettre, pour notre part, que cette seconde façon de voir. L'existence des symptômes objectifs intestinaux a été trop nette pour qu'on méconnaisse sa priorité, et les symptômes urinaires commençaient trop nettement après les poussées sigmoïdiennes, finissaient trop bien avant elles, pour qu'on se refuse à leur accorder un rôle causal. A aucun moment, même lors de la dernière crise, la dissociation réelle n'a existé, et il est bien permis de conserver l'impression que le processus périvésical n'était que l'extension des accidents sigmoïdiens.

Nous n'avons pas connaissance de faits de ce genre, mais nous pensons que celui-ci pourrait jeter un jour nouveau sur la pathogénie, encore obscure, de certains phlegmons de Retzius. Beaucoup de sigmoïdites ne procèdent pas bruyamment au début et sont, chroniques, des trouvailles d'examen. Nous en avons observé et la plupart de ces phlegmons, par ailleurs, ont bien des caractères faisant penser à une origine digestive. Leur prédominance même pour le sexe masculin ne doit-elle pas attirer l'attention sur la possibilité anatomique d'un tel processus? Il serait évidemment prématuré de conclure d'un seul fait, mais non dénué d'intérêt, d'étudier à nouveau, à ce point de vue, ce chapitre de la pathologie, susceptible d'élargir les limites de l'affection qui nous occupe. L'appendicite nous a donné bien d'autres surprises.

Je considère cette observation comme fort intéressante et c'est pourquoi je la cite en entier textuellement. Je crois pourtant qu'il faudrait d'autres observations analogues pour forcer la conviction et je fais quelques réserves. Dans un article récent de mon volume sur la Chirurgie de l'abdomen, j'ai insisté sur ce fait que nous ne sommes qu'au début de l'histoire des sigmoïdites et des périsigmoïdites et qu'on arrivera à les dépister souvent dans des cas qui pour le moment sont soignés sous une tout autre étiquette. A l'occasion de la rédaction de cet article, j'ai lu de nombreux mémoires sur ce sujet, et je crois bien que je n'ai vu nulle part citer le rhumatisme dans l'étiologie de la sigmoïdite. J'ai insisté sur l'analogie de l'appendicite et de la sigmoïdite, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue pathogénique et par conséquent parmi les causes générales j'ai noté les maladies infectieuses, comme la grippe, la fièvre typhoïde, etc. Faut-il y joindre le rhumatisme, comme le fait M. Dervaux ? C'est une question qui ne saurait être résolue par une seule observation, si probante qu'elle paraisse. D'autant plus, qu'il y a une cause prédisposante de premier ordre, et reconnue par tous les chirurgiens, c'est la constipation. Chez le malade de M. Dervaux, cette constipation favorisée sans doute par le séjour au lit pendant les trois semaines qui ont précédé la crise de sigmoïdite, cette constipation était si rebelle qu'elle ne céda qu'à des purgations répétées avec

l'huile de ricin, et des drastiques comme le Jalap et la Scammonée. Qu'on purge ainsi un malade atteint d'appendicite chronique et ne pourra-t-on pas voir dans bien des cas survenir des accidents appendiculaires ? En somme, avec cette observation unique est-on fondé à donner droit de cité dans la nosologie, à la sigmoïdite rhumatismale, et ne pourrait-on pas penser que le malade de M. Dervaux a eu de la sigmoïdite au cours d'un rhumatisme articulaire aigu? Il y a là une nuance qui a son importance au point de vue de la pathologie générale. Et cela n'a pas échappé à l'auteur qui insiste sur ce fait que les troubles rhumatismaux articulaires ont disparu pendant les crises sigmoïdiennes, pour reparaître après la guérison des accidents périsigmoïdiens. C'est même ce seul fait qui permet, pense-t-il, d'affirmer la nature rhumatismale de la sigmoïdite de son malade.

Il y a là en effet une sorte de balancement caractéristique entre les fluxions articulaires et les poussées sigmoïdiennes et périsigmoïdiennes, qui n'ont pas existé simultanément.

Pour ma part, je ne vois rien dans la pathologie générale qui s'oppose à ce qu'il y ait des sigmoïdites d'origine rhumatismale. On s'accorde, comme je l'ai dit ailleurs, à reconnaître comme étiologie des sigmoïdites, une série de causes prédisposantes telles que le rôle physiologique de réservoir de l'S iliaque, les diverticules sigmoïdiens, la constipation etc., et une série de causes déterminantes, en première ligne, les maladies infectieuses. Je crois que le rhumatisme est bien actuellement regardé sans conteste comme une maladie infectieuse, bien que le microbe en soit encore peu ou mal connu. Faut-il rappeler que Paynton et Payne ont décrit un diplocoque, qu'ils ont pu cultiver ; et cette culture a pu produire du rhumatisme articulaire sur un lapin et sur un singe, avec des accidents endocardiques. N'ayant aucune compétence sur ce point, je n'insiste que pour dire que le rhumatisme, sans parler du rhumatisme tuberculeux de Poncet, étant notoirement une maladie infectieuse, il peut être rangé à côté de la fièvre typhoïde, de la grippe etc., dans la pathogénie des sigmoïdites. Ce qui me porte cependant à faire quelques réserves et à ne pas accepter sans l'appoint de nouvelles observations l'interprétation ferme de M. Dervaux, c'est que vu la fréquence du rhumatisme, on devrait, semble-t-il, observer plus souvent le syndrome sigmoïdien, au cours des crises rhumatismales.

Mais peut-être suffira-t-il d'avoir l'attention attirée sur ce point pour que les observations se multiplient et je m'en voudrais de combattre une opinion qui se base sur un fait d'ailleurs très bien observé, et qui n'est nullement en contradiction avec les règles de la pathologie générale.

Quant à la seconde question soulevée par M. Dervaux et qui concerne l'origine possible de certains phlegmons de Retzius dans une infection périsigmoïdienne, je serais plus disposé à l'admettre, bien que je n'aie encore jamais eu l'occasion d'observer rien qui puisse me le rendre évident. Il y a là tout un coin de la pathologie encore obscur et il est bien possible que certaines sigmoïdites puissent donner naissance à des poussées péritonéales qui gagnent la loge prévésicale et en imposent pour un phlegmon de la cavité de Retzius. Il était intéressant d'appeler l'attention de ce côté, et c'est de plus en plus le cas de répéter, dans les affections douloureuses et fébriles de la moitié gauche de l'abdomen sous-ombilical, « n'oublions pas les sigmoïdites ».

Je propose en terminant de remercier M. Dervaux de l'intéressant travail qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser.

Discussion.

M. Michaux. — Je trouve que l'on diagnostique beaucoup trop facilement des sigmoïdites. L'histoire pathologique de cette affection gagnerait singulièrement à ne s'appuyer que sur des faits anatomiques précis. L'observation que vient de nous rapporter M. Guinard pourrait être interprétée de bien des façons différentes. Les accumulations de matières dans l'S iliaque sont loin d'être rares. Il faudrait d'autres signes et être sûr de plus qu'il n'y a rien du côté de l'appendice pour justifier un diagnostic de sigmoïdite.

M. Souligoux. — M. Guinard cite deux auteurs anglais comme ayant découvert le microbe du rhumatisme, mais ces auteurs ont été, précédés par un Français, M. Achalme.

— Les conclusions du rapport de M. Guinard, mises aux voix, sont adoptées.

Deux cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne consécutifs à des abcès du foie dysentériques, par M. O. Jacob.

Rapport de M. SIEUR.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur deux observations que mon collègue du Val-de-Grâce, M. Jacob, a communiquées à la Société de Chirurgie, dans la séance du 19 octobre dernier : il

s'agit de deux cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne, survenus au cours d'une hépatite suppurée dysentérique, diagnostiqués, localisés et opérés. C'est là, Messieurs, une complication des abcès du foie dysentériques, que l'on a considérée jusqu'ici comme très rare et qui, ainsi que j'essaierai de vous le montrer dans un instant, est intéressante à connaître à plusieurs titres.

Voici tout d'abord les deux observations de M. Jacob :

Obs. I. — Mar., vingt-sept ans, maréchal des logis d'artillerie coloniale, en garnison au Tonkin et en Cochinchine depuis 1892, a eu plusieurs attaques de diarrhée. En janvier 1906 apparaît un abcès du lobe droit du foie, abcès à amibes, bien entendu, qui est opéré par la voie transpleurale à l'hôpital d'Hanoï, en février, et qui guérit. Le malade rentre en France au mois de mars, convalescent. Mais au cours de sa convalescence un nouvel abcès hépatique se développe, qui reste méconnu jusqu'au moment de son ouverture dans les bronches. Cette ouverture est insuffisante, des accidents pulmonaires éclatent, et lorsque le malade se décide à entrer au Val-de-Grâce, vingt jours après la vomique, le 2 octobre 1906, il est miné par la suppuration et la fièvre et son état est des plus graves. Je vais immédiatement à la recherche de l'abcès, qui est petit, profondément situé dans le lobe droit, au voisinage de la colonne vertébrale; je l'ouvre par la voie transpleurale et le draine largement, en même temps d'ailleurs qu'un abcès pulmonaire qui communique avec lui. Cette intervention produit des résultats remarquables; l'état général s'améliore rapidement, la suppuration, d'abord abondante, diminue vite; le malade se lève et se promène dans les jardins de l'hôpital dès le 17 octobre; la guérison paraît proche et un congé de convalescence est même établi.

Le 25 octobre, à la visite du matin, le malade se plaint pour la première fois de céphalée. Pas de fièvre.

Les 26, 27, 28, la céphalée persiste; elle occupe la partie antérieure de la tête et est plus accentuée dans la moitié gauche. Le malade est cependant gai et il cause avec ses camarades. Toujours pas de fièvre. Pouls normal.

Le 29 octobre, la céphalée est de plus en plus forte; elle est absolument rebelle aux analgésiques. Les compresses d'eau glacée incessamment renouvelées, soulagent seules le malade. Celui-ci est triste; il ne veut pas descendre au jardin; il se plaint de voir passer « des brouillards devant ses yeux ». Je pense en présence de cette céphalée rebelle et violente, localisée au côté gauche du crâne, à la formation possible d'un abcès cérébral, et j'envoie le malade au service d'ophtalmologie pour qu'on pratique l'examen de son fond d'œil. L'examen ne révèle rien d'anormal ni dans l'état de la pupille (il n'y a pas d'œdème) ni dans les milieux transparents. Température normale. Pouls 79.

Les 30 et 31 octobre, la céphalée persiste avec sa même intensité et sa localisation. Le malade est triste, apathique. L'appétit est nul, mais il n'y a aucun trouble digestif (ni vomissements, ni constipation). Le

malade répond bien à toutes les questions posées. Il ne présente aucun trouble de la mémoire, mais il souffre et répugne visiblement à répondre aux demandes qu'on lui adresse. L'examen de la sensibilité et de la motricité ne révèle rien d'anormal. Pouls 68. Température normale.

Le 1er novembre, la céphalée est plus intense que jamais. Pas de troubles de l'intelligence ni de la motricité, ni de la sensibilité. Le malade se sent cependant bien fatigué et déclare ne pouvoir descendre au cabinet de pansement (ce qu'il avait fait deux jours auparavant). Le pansement est refait au lit même du malade : il est à peine souillé ; l'abcès hépatique semble presque guéri.

Mon collègue M. Lemoine voit le malade en consultation, il pratique une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est en hypertension ; mais il est clair et ne renferme que quelques polynucléaires. Pouls 68. Température normale. Pas de troubles des réflexes. L'après-midi du 1er novembre, le malade est encore plus affaissé que le matin. Il souffre atrocement de la tête. Il reste couché, alors que la veille il s'était levé une partie de la journée, et refuse de prendre le lait et le bouillon qu'on veut lui faire absorber. Il a toute sa connaissance. Il répond aux questions qu'on lui pose, mais déclare que parler augmente sa céphalée et il prie qu'on le laisse en repos. L'état général a sensiblement baissé depuis quelques jours.

Température 37,2. Pouls à 70. Pas de vomissements.

Le 2 novembre à la visite du matin, c'est-à-dire à 8 heures, je constate que l'état du malade s'est aggravé. La céphalée est toujours atroce. Le malade répond aux questions posées, mais lentement, avec peine, sans toutefois que la parole présente le moindre trouble. Il est couché en chien de fusil, la figure tournée vers la ruelle du lit ; il n'y a aucun trouble de la mobilité ; le malade s'assied dans son lit, il allonge les jambes, serre la main du chirurgien qui le lui demande.

M. Lemoine veut bien examiner de nouveau le malade avec moi, une demi-heure plus tard ; et, au cours de cet examen, nous voyons se produire sous nos yeux une sorte de paraphasie.

A la question posée : Où avez-vous mal ? le malade répond correctement : « J'ai mal à la tête ».

Puis à une nouvelle question posée quelques secondes après et aux questions suivantes, il essaie de répondre, mais le seul mot qui sort de sa bouche est informe : on pourrait l'écrire ainsi « Lekduc ». Le malade fait des efforts visibles pour répondre, il s'énerve, mais ne peut que répéter « Lekduc » ; peu après cependant, il fait un geste de dépit et prononce nettement « peux pas ». Il comprend encore ce qu'on lui dit ; à la question : « Montrez où vous avez mal », il porte sa main sur le côté gauche de la tête. Mais d'une seconde à l'autre l'intelligence paraît sombrer et bientôt il paraît inconscient. La scène s'est développée en un quart d'heure.

A ce moment, les pupilles sont contractées, la droite moins que la gauche. Il semble y avoir un peu de parésie du facial droit : la commissure de ce côté est un peu abaissée. Pas de signes de paralysie ou de contracture des membres.

La température est de 37, le pouls à 60. Pas de vomissements, pas d'incontinence. Une nouvelle ponction rachidienne donne du liquide clair, en hypertension manifeste, renfermant quelques polynucléaires.

Le diagnostic d'abcès du cerveau, porté depuis plusieurs jours déjà, paraît indiscutable; son siège dans l'hémisphère gauche, est également évident. Mais une localisation plus précise semble hasardeuse. L'aphasie et la parésie faciale ne sont pas assez nettes pour justifier une intervention du niveau de la partie inférieure de la région de Rolando.

Je revois le malade l'après-midi, à trois heures; son état est un peu meilleur. Il a reconnu sa tante et l'a embrassée. A notre arrivée, au moment où nous l'interpellons et où nous lui prenons la main, il se tourne vers nous et essaie de parler. Il dit distinctement « *docteur* », puis gémit, se remue et retombe dans sa torpeur. Nous essayons en vain de l'en tirer, et nous ne réussissons qu'à le faire crier. Pas de contractures, pas de paralysie autre que la parésie du facial droit. Température 37.5. Pouls 70.

A cinq heures du soir, M. Lemoine et M. Pierre-Marie, qui a bien voulu venir voir le malade, le trouvent dans un état de torpeur très accusé. Ils ne constatent aucun signe nouveau permettant de localiser l'abcès et Pierre-Marie déconseille l'intervention.

Le 3 novembre, au matin, la torpeur du malade a augmenté, il est absolument sans connaissance, tourné vers la ruelle du lit, couché en chien de fusil. Mais, fait important à noter, il présente *une contracture des plus nettes du membre supérieur droit* : le bras est appliqué contre le tronc et l'avant-bras droit est fléchi sur le bras. Si on essaie d'allonger l'avant-bras et d'écarter le bras du thorax, on éprouve une très grande résistance, le malade gémit et se remue brusquement. Il existe de l'incontinence des matières et des urines. Les pupilles réagissent à la lumière : elles sont toujours un peu contractées.

La contracture du bras droit, qui s'est produite ce matin, jointe aux phénomènes de paraphasie et de parésie du facial droit apparus la veille, me font admettre que l'abcès siège dans la partie inférieure de la région rolandique gauche et qu'il tend à se propager vers le haut de cette région (contracture du bras droit). C'est également l'avis de M. Lemoine. Je décide, en conséquence, de pratiquer immédiatement la trépanation et d'aller à la recherche de l'abcès.

L'opération est faite à 10 heures, sans anesthésie, le coma devenant de plus en plus profond. Une couronne de trépan est placée au niveau de la partie inférieure de la ligne de Rolando. Le cerveau est en hypertension manifeste, mais il n'existe rien d'anormal à la surface de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante, de la pariétale ascendante et de la deuxième pariétale qui ont été découvertes par la trépanation.

Les ponctions sont faites en divers sens avec un bistouri à lame étroite : elles ne donnent aucun résultat. Je me propose alors, sur les conseils de M. Lemoine qui assiste à l'opération, d'agrandir l'orifice de la trépanation en bas et en arrière, vers le pli courbe et dans ce but je commence à abraser à la pince-gouge le bord postérieur de l'orifice

de trépanation. Mais à ce moment la respiration du malade devient de plus en plus superficielle, le pouls disparaît, la mort semble imminente. Je referme au plus vite la plaie et fais reporter le malade dans sa chambre. Mort à 1 heure dans le coma.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

1° *Crâne.* — A l'ouverture du crâne, on ne constate pas de méningite. Au moment où l'on enlève le cerveau de la boîte cranienne, on crève, au niveau de la face inférieure du lobe temporo-occipital gauche, un abcès dont le contenu jaune verdâtre, évalué à environ une cuillerée à bouche, se répand en partie dans la boîte cranienne. Le cerveau examiné extérieurement présente un effacement de la moitié postérieure des circonvolutions temporales gauches, qui sont flasques, déprimées vers la profondeur (cela tient à ce que l'abcès s'est en partie vidé). Cet effacement des circonvolutions cérébrales est également manifeste au niveau de la face inférieure du lobe temporal, et c'est là que siège la déchirure produite au moment de l'enlèvement de l'encéphale.

Vu sur une coupe horizontale, l'abcès occupe la substance blanche de la plus grande partie du lobe temporo-occipital gauche. Il s'étend en avant jusqu'à l'union de la partie moyenne et de la partie antérieure de la 2e et de la 3e temporale gauches ; en arrière, jusqu'à la pointe du lobe occipital. En haut, il remonte jusqu'à la partie moyenne de la 1re temporale. En bas, il atteint la couche superficielle du cerveau. Les parois de l'abcès sont déchiquetées : en dedans et en avant, l'abcès n'est séparé du prolongement antérieur du ventricule latéral que par une mince épaisseur (1 à 2 millimètres) de substance cérébrale ; en ce point le ventricule a son plexus choroïde un peu œdématié et infiltré d'un liquide un peu louche. L'abcès, je le répète, siège dans la substance blanche et ses parois sont formées par la substance grise intacte partout, sauf en bas, au point où s'est faite la déchirure. En ce point, l'abcès avait intéressé l'écorce et la paroi était extrêmement mince.

Du pus est recueilli et l'examen en a été fait par M. Lemoine : vu sur lamelle à l'état frais, il montre des formes amibiennes semblables à celles rencontrées dans l'abcès hépatique ; sur les lamelles desséchées on trouve également un certain nombre de bacilles se décolorant par le Gram et quelques micrococcus conservant leur coloration après traitement par le Gram.

L'oreille, les cavités sinusales de la face sont absolument normales.

2° *Cavité thoraco-abdominale.* — Le foie a une coloration, un poids et des dimensions normales ; il est surprenant de voir combien un organe, qui a été le siège, coup sur coup, de deux abcès volumineux et graves, a pu si facilement et si rapidement réparer ses lésions et se régénérer. La partie postéro-externe de la moitié droite du diaphragme fait corps avec le foie et sa capsule, et se trouve, dans une étendue plus large que la main, représenté par une membrane blanchâtre criant sous le bistouri, épaisse de 0,05 environ. Cette membrane est fusionnée avec le foie, je viens de le dire ; elle est, d'autre part, inti-

mement adhérente avec la paroi thoracique au niveau de l'ancienne cicatrice ainsi qu'au niveau de la brèche faite par moi pour ouvrir le 2e abcès. La cicatrice de l'ancien abcès, ouvert en février à Hanoï, est visible sur la coupe du foie sous la forme d'une traînée blanche, qui part de la cicatrice de la paroi (9e côte sur la ligne axillaire postérieure) et qui se dirige en dedans et en haut sur une longueur de 6 centimètres environ.

L'abcès que j'ai incisé est au-dessus de l'ancienne cicatrice, de laquelle il se trouve séparé par une zone de tissu hépatique d'aspect normal. Il n'est plus représenté que par le trajet occupé par le drain. Ce trajet, long de 8 centimètres et large de deux, ne contient que quelques gouttes de pus ; son fond arrive jusqu'à la veine cave, dont il n'est séparé que par une couche de tissu hépatique épaisse à peine de 2 millimètres. Au voisinage de ce fond, une coupe du foie fait découvrir un tout petit abcès, du volume d'une amande environ, rempli de pus jaunâtre : cet abcès était sur le point de s'ouvrir dans le trajet occupé par le drain ; un millimètre de tissu hépatique seulement l'en séparait.

La paroi supérieure du trajet est, dans une partie de son étendue, formée par la coque diaphragmatique blanchâtre et épaisse signalée plus haut. En ce point, la base du poumon droit est fusionnée avec la coque et elle présente un tractus cicatriciel, large de 3 ou 4 centimètres, qui pénètre dans son épaisseur ; c'est le vestige de l'abcès pulmonaire consécutif à l'ouverture de l'abcès hépatique dans les bronches. Le reste du poumon droit est normal ; il existe cependant de nombreuses adhérences qui fixent sa base au thorax et au diaphragme.

Le pus du petit abcès hépatique, découvert à l'autopsie, a été examiné par M. Lemoine ; il renfermait du colibacille et des amibes mortes, non mobiles par conséquent.

Obs. II. — Rouv..., soldat au 2e colonial, âgé de trente-deux ans, a fait un séjour de plusieurs années à Madagascar ; il y contracte, en août 1908, la dysenterie. Rentré en France, en novembre 1908, il présente des récidives de la dysenterie pour lesquelles il est traité à l'hôpital Saint-Martin (janvier-mars 1909), puis à l'hôpital du Val-de-Grâce (mai-juillet 1909). Au cours de sa convalescence, il est pris brusquement, le 20 octobre 1909, d'une violente douleur dans la région hépatique, de fièvre, et entre d'urgence dans mon service, le 25 octobre. J'ouvre le jour même, par la voie transpleurale, un petit abcès hépatique situé au niveau de la face postérieure et inférieure du lobe droit, puis le lendemain, un deuxième abcès beaucoup plus volumineux que le précédent et séparé de ce dernier par une mince lame de tissu hépatique que j'effondre avec le doigt. *Le pus renferme de nombreuses amibes vivantes.* Amélioration très rapide. Le 3 novembre, le malade se lève et entre en convalescence ; l'écoulement du pus diminue de jour en jour. Le 15 novembre, le pansement est souillé par de la bile. La fistule biliaire devient, dans les jours qui suivent, de plus en plus importante et, dès le 19 novembre, la quantité de bile qui s'écoule par

la plaie opératoire est considérable et les matières fécales sont complètement décolorées. En même temps, l'état général du malade fléchit, la température, normale depuis l'opération, oscille maintenant autour de 37°8 le matin, 38°3 le soir. Le 19 novembre, la plaie opératoire, cicatrisée entièrement, sauf au niveau du passage du drain, est débridée; il n'y a pas de rétention de pus dans la petite cavité, vestige de l'abcès; elle est tamponnée, après attouchement à la teinture d'iode.

L'écoulement de bile n'est en rien modifié par cette intervention, le malade s'affaiblit de plus en plus, de l'œdème cachectique apparaît autour des malléoles.

Dans les derniers jours de novembre, des signes de réaction pleurale apparaissent au niveau de la base droite du thorax. Pensant aussitôt à l'évolution d'un nouvel abcès hépatique du côté de la convexité du foie, je pratique plusieurs ponctions exploratrices en divers sens. Je ne trouve pas de pus.

Une nouvelle série de ponctions exploratrices est faite, inutilement, le 10 décembre. Le 15 décembre seulement, une ponction, pratiquée à la hauteur de la pointe de l'omoplate, ramène du pus caractéristique. Le nouvel abcès hépatique est largement ouvert après résection de la septième côte; j'en retire 800 grammes de pus couleur chocolat, contenant de nombreuses amibes vivantes.

Amélioration très rapide de l'état général. La fistule biliaire du premier abcès se tarit en quelques jours; l'abcès lui-même est cicatrisé complètement, le 25 décembre. Pendant le mois de janvier 1910, l'évolution du deuxième abcès vers la guérison, se poursuit normalement malgré l'apparition, du 19 au 27 janvier, d'une petite poussée de rhumatisme articulaire (douleurs dans les deux genoux et dans les poignets accompagnées d'un léger épanchement) qui cède au salicylate de soude. Le 15 février, la plaie opératoire est à peu près guérie, le drain est supprimé et le malade se prépare à partir en convalescence.

Le 22 février 1910, pour la première fois, à la visite du matin, il accuse une céphalée intense, occupant les régions frontales et pariétales, mais sans localisation gauche ou droite ; les douleurs ont empêché le malade de dormir. Je songe immédiatement à la formation possible d'un abcès cérébral, et demande à mon collègue et ami Sieur de vouloir bien explorer le fond de l'œil ; il ne constate aucun signe anormal et, notamment, pas de stase veineuse.

Les 23, 24, 25 février, les signes d'abcès cérébral se confirment : douleurs de tête de plus en plus vives, arrachant des gémissements au malade et résistant à tous les traitements; température rectale au-dessus de 38 degrés ; facies triste, vomissements porracés se produisant sans efforts. Pouls à peu près normal (72, 75). Il n'existe toujours aucun signe de localisation.

Le 26 février, l'état reste stationnaire; une ponction rachidienne donne 15 centimètres cubes de liquide un peu opalescent, mais ayant une tension normale. A l'examen, on trouve de nombreux polynucléaires, mais pas de microbes. Cette ponction n'a aucune influence sur la céphalée, qui persiste aussi intense, aussi diffuse.

Le 27 février, à huit heures du matin, il existe un peu de torpeur cérébrale, mais toujours pas de signe de localisation et notamment pas de trouble de la vision. A midi, mon collègue et ami, le Dr Sacquépée, qui, depuis quelques jours, examine le malade avec moi, constate de l'*hémianopsie homonyme bilatérale gauche* nette : le malade voit bien les objets placés dans la moitié droite de son champ visuel, il ne perçoit pas ceux situés dans la moitié gauche.

A cinq heures du soir, cette hémianopsie reste toujours très nette, mais il existe, en plus, un peu de *parésie du membre supérieur gauche*. La torpeur cérébrale s'est accentuée, la parole est empâtée, mais l'intelligence et la mémoire paraissent conservées. C'est ainsi, par exemple, que le malade se souvient de l'endroit où habite son frère, du numéro de la maison, des rues qu'il faut traverser pour s'y rendre; il se souvient des dates de ses entrées à l'hôpital, du jour des opérations pratiquées sur lui. Il s'essaie même à plaisanter et me dit : « Il va falloir me signer un billet pour Charenton, docteur, car mon mal de tête va me rendre fou. »

Le lendemain matin, 28 février, la température est de 38°2, le pouls à 70. La torpeur cérébrale est plus accentuée que hier soir; il faut secouer le malade, parler haut pour attirer son attention. Il me reconnaît, déclare souffrir toujours autant de sa tête. L'hémianopsie homonyme bilatérale gauche semble persister; de même, la parésie du membre supérieur gauche ne s'est pas modifiée : le malade me presse la main énergiquement avec sa main droite, très mollement avec sa main gauche. Le membre inférieur gauche est normal; par contre, le droit a ses réflexes exagérés, il y a même un peu de trépidation épileptoïde. Aucun signe de réaction méningée. Une ponction rachidienne pratiquée de nouveau donne du liquide clair, ayant une tension normale.

En présence de tous ces signes, le diagnostic de localisation de l'abcès me paraît pouvoir être fait avec assez d'exactitude pour qu'une intervention soit indiquée et pratiquée d'urgence. En effet, l'hémianopsie homonyme bilatérale gauche prouve que l'abcès intéresse la portion intra-encéphalique de la voie optique droite, à l'exclusion, bien entendu, du centre cortical, puisqu'il n'y a pas la moindre réaction méningée; la parésie nette du membre supérieur gauche, à son tour, ne peut guère s'expliquer qu'en admettant que la collection gagne vers la capsule interne, dont le bras postérieur renferme le faisceau pyramidal. Pour ces différentes raisons, je crois pouvoir localiser l'abcès dans la portion des radiations optiques qui avoisinent l'extrémité postérieure de la couche optique et je décide d'ouvrir immédiatement le crâne au point correspondant au siège présumé de la collection.

L'intervention est pratiquée à dix heures du matin, après anesthésie très superficielle au chloroforme. Au point de croisement de deux lignes, l'une répondant à l'horizontale menée par le rebord supérieur de l'orbite, l'autre correspondant à la verticale passant par la partie la plus postérieure de la base de la mastoïde (ce sont exactement les deux lignes repérées de Krönlein pour découvrir les hématomes de la branche

postérieure de la méningée moyenne), donc, au point de croisement de ces deux lignes, je fraise rapidement un orifice grand comme une pièce de 5 francs. La dure-mère ne bat pas. Elle est incisée et rabattue et laisse voir le cerveau, normal d'aspect, mais hypertendu. Je le ponctionne avec un bistouri, puis avec la sonde cannelée, et l'instrument ayant pénétré à 3 centimètres de profondeur environ, j'ai la satisfaction de voir sourdre le long de la cannelure de la sonde deux gouttes de pus très épais, de couleur chocolat. J'agrandis prudemment — car le cerveau est extrêmement mou — l'orifice de ponction par des mouvements imprimés de haut en bas à la sonde : il s'écoule une cuillerée à café environ de pus très épais, presque visqueux, coloré en brun. Je draine la cavité avec un drain en caoutchouc du volume d'un crayon et je tamponne lâchement avec de la gaze. Suture partielle du lambeau cutané. Le pus examiné au microscope renferme de nombreuses amibes hématophages vivantes, sans autres microbes. Il s'agit donc indiscutablement d'un abcès d'origine dysentérique.

Le malade revu l'après-midi est notablement amélioré; la torpeur a presque disparu. Il cause un peu avec sa famille. La parésie du membre supérieur gauche persiste; la trépidation droite, par contre, a disparu. Température 37°5. Pouls, 66.

Le 1er mars, au matin, température rectale, 37°,1 ; pouls, 72. L'état du malade est excellent. Toute torpeur a disparu. L'intelligence paraît complète, la céphalalgie est très atténuée. La parésie du membre supérieur gauche et l'hémianopsie persistent sans modifications. Il existe en outre une anesthésie à la piqûre presque complète sur tout le membre supérieur gauche et la moitié gauche du thorax, jusqu'à trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane, il existe seulement une diminution de la sensibilité sur la moitié de la région abdominale et sur le membre inférieur gauche. Le réflexe crémastérien est aboli à gauche, il est normal à droite.

Le même 1er mars, après midi, le malade retombe dans la torpeur et, vers quatre heures, je le trouve dans un état semi-comateux. Pensant à un drainage insuffisant, je refais le pansement, enlève le drain et le remplace par un autre plus volumineux : il s'écoule quelques gouttes de pus, température 39. Pouls 68. Dans la soirée le malade présente une torpeur moins accentuée, mais il existe de l'incontinence des urines.

2 mars. — Journée bonne. La torpeur a diminué d'une façon très sensible, le malade demande lui-même l'urinal; sueurs abondantes, température 37°7, le soir. Pouls, 92.

3 mars. — Le malade est éveillé, parle; le pansement est refait : très peu de pus. Mais le pouls est à 120, la température rectale à 38°8. A cinq heures je le trouve dans le coma, couvert de sueurs, avec un peu de strabisme externe de l'œil droit. Pas de convulsions. Incontinence d'urine. Mort dans le coma onze heures du soir.

Autopsie. — Le foie et le cerveau seuls présentent des lésions. Il n'y a rien d'anormal à signaler dans les autres viscères, sauf des cicatrices

d'ulcérations dysentériques dans le gros intestin et des adhérences fixant la base du poumon droit au diaphragme, adhérent lui-même sur une partie de son étendue au lobe droit du foie.

α. Le *foie* a son volume et son aspect normal. Les deux premiers abcès ouverts en octobre n'ont laissé, comme traces, que quelques taches noirâtres siégeant au niveau de l'angle postérieur et inférieur droit et criant sous le couteau. Le dernier abcès, ouvert le 15 décembre, n'est plus représenté que par une zone cicatricielle jaunâtre, au centre de laquelle on trouve un petit pertuis admettant l'extrémité d'un stylet. Il n'y a pas d'autres abcès.

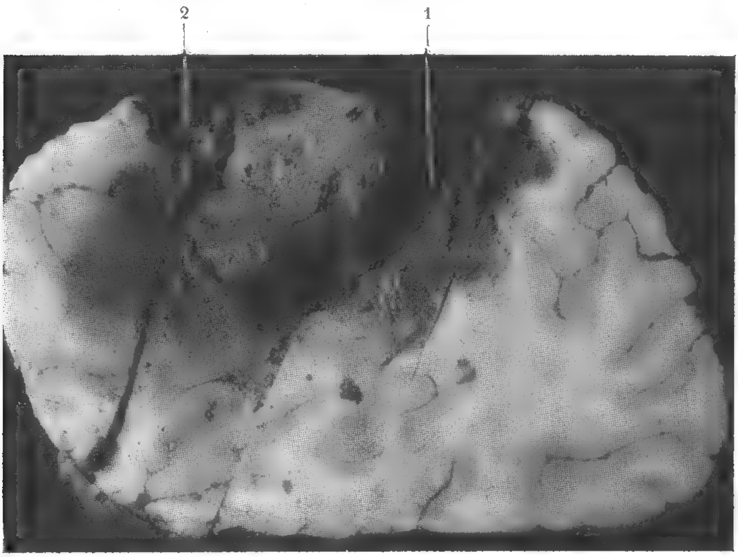
β. A l'*ouverture du crâne*, on ne trouve pas de méningite. Sur la surface du cerveau se voit l'orifice de l'abcès incisé et drainé; il occupe l'extrémité postérieure de T^1 et T^2, surtout de cette dernière, empiétant même un peu sur le pli courbe et s'étendant jusqu'à O^2. A son niveau, les circonvolutions sont tuméfiées, œdématiées et modifiées dans leur forme et leur situation normales; le pli courbe, par exemple, est refoulé en arrière, et l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius en arrière et en haut. A 3 centimètres au-dessous de l'orifice de l'abcès, et sur la même verticale que lui, l'écorce cérébrale présente une tache brunâtre ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, siégeant exactement sur l'extrémité postérieure de T^3 et empiétant sur la partie antérieure du lobe occipital. En essayant d'enlever le cerveau, cette tache se déchire un peu et une goutte de pus couleur chocolat vient sourdre par la déchirure : c'est donc soit un nouvel abcès, soit un prolongement de l'abcès incisé et drainé. Le cerveau, sans autre exploration, est mis à durcir dans du liquide formolé et n'est sectionné qu'une vingtaine de jours après.

Les coupes horizontales et les coupes frontales pratiquées sur le cerveau ainsi durci, dont vous avez la photographie sous les yeux, montrent que, seul, l'hémisphère droit est intéressé. Les lésions sont représentées par deux noyaux d'encéphalite qui paraissent s'être confondus, sur une partie de leur étendue, et qui sont ramollis à leur centre (abcès). Ce bloc d'encéphalite a des dimensions qu'on peut évaluer à celles d'un œuf de poule environ. Il occupe la substance blanche de la partie postérieure du lobe temporo-sphénoïdal et la partie antérieure du lobe occipital. Il n'atteint ni la face inférieure, ni la face interne du lobe, et le prolongement temporo-occipital du ventricule latéral est indemne. Par contre, il affleure la surface extérieure du cerveau en deux points : 1° au niveau du point répondant à l'ouverture de l'abcès faite au cours de l'intervention; 2° au niveau de l'extrémité postérieure de T^3, où il forme la tâche brunâtre découverte au cours de l'autopsie.

Examiné sur la coupe de Flechsig, le bloc d'encéphalite se montre très rapproché de l'extrémité postérieure de la capsule interne, laquelle est manifestement congestionnée; il a détruit complètement les radiations optiques, sur le trajet desquelles il se trouve situé. Ces deux constatations anatomo-pathologiques, je le signale en passant, expliquent les signes cliniques observés, c'est-à-dire l'hémianopsie

homonyme bilatérale gauche et la parésie sensitive et motrice du membre supérieur gauche.

Examiné en lui-même, le bloc d'encéphalite a tous les caractères des abcès hépatiques amibiens : il n'est pas encapsulé, il est formé par du tissu nécrosé, noirâtre, s'effritant à la sonde cannelée, creusé de deux cavités aux parois déchiquetées, dont l'une (dimensions d'une noix) est l'abcès ouvert et drainé, dont l'autre (grosseur d'une noisette) est l'abcès découvert à l'autopsie. Le bloc d'encéphalite, je le répète, n'a pas de limites nettes, et il se continue à sa périphérie par une zone de congestion présentant de très nombreuses hémorragies punctiformes, nettement visibles sur les coupes.



1. Abcès ouvert et drainé; 2. Noyau d'encéphalite découvert à l'autopsie.

Tels sont, Messieurs, les deux cas d'abcès cérébraux d'origine amibienne observés par M. Jacob. Ils présentent un réel intérêt au triple point de vue pathogénique, clinique, opératoire.

A. — *Ils sont intéressants au point de vue pathogénique*? Ce sont, en effet, des exemples absolument indiscutables d'abcès métastatiques amibiens du cerveau. Ces abcès, vous le savez, sont, d'une façon générale, assez rares. Ils apparaissent presque toujours, au cours de l'évolution, ou à la suite d'abcès du foie, et, à ce propos, je ferai remarquer que beaucoup d'auteurs considèrent la plupart des abcès dits métastatiques comme n'étant pas autre chose que des abcès provenant de la migration d'un abcès du foie plus ou moins méconnu, ce qui est manifestement exagéré à mon avis. Quoi qu'il en soit, les abcès métastatiques amibiens peuvent se

développer dans le poumon, et notre collègue Marion en a communiqué une belle observation à la Société, il y a deux ans. Ils peuvent également siéger dans l'espace périrénal, et M. Jacob, qui nous présente aujourd'hui les deux cas d'abcès cérébraux, en a, pour son compte, observé deux cas dans la région rénale gauche. Ils peuvent enfin, comme cette communication le prouve nettement, siéger également dans le cerveau. Cette dernière localisation serait extrêmement rare, si l'on s'en rapporte à la littérature médicale française. Aucun cas, en effet, à notre connaissance du moins, n'a encore été publié, en France (1), où, cependant l'hépatite amibienne est d'observation fréquente. Ni Fontan, ni Loison, entre autres auteurs, n'en ont signalé d'exemple. Par contre, à l'étranger, on en trouve quelques observations : 3 cas publiés par Zancarol Valassoupoulo, à Alexandrie, dans le journal grec *Galenus*, en 1879 ; un cas de Westphall paru dans les *Archiv Psychiatrie und Nervenkrankeiten* en 1900; enfin deux cas rapportés par Kartulis dans le *Centralblatt für Bacteriologie* en 1904. Ce dernier qui, comme Zancarol, exerce en Egypte, déclare que sur 184 abcès du foie, traités dans son hôpital, 7 abcès du cerveau ont été constatés et que, sur 200 abcès hépatiques, observés en dehors de l'hôpital, 4 se sont compliqués d'abcès du cerveau. Il conclut donc que, loin d'être rare, comme on le croit, l'abcès cérébral, d'origine amibienne, est, au contraire, relativement fréquent et qu'on l'observe dans la proportion de 3 p. 100 des abcès hépatiques.

M. Jacob, pour son compte, se rallie complètement aux conclusions de Kartulis : sur trente-deux sujets atteints d'abcès du foie, d'origine amibienne, qu'il a eu l'occasion d'opérer jusqu'à ce jour, il a observé deux abcès du cerveau, ce qui donne une proportion un peu supérieure à 3 p. 100.

J'ajoute que dans les cas de Zancarol, de Westphall, de Kartulis, comme dans ceux de M. Jacob, des amibes, mortes ou vivantes, ont été trouvées dans le pus ou les parois de l'abcès cérébral et que, par conséquent, l'origine est indiscutable. Dans tous les cas, également, l'abcès cérébral amibien était consécutif à un abcès hépatique en voie d'évolution ou en voie de guérison.

B. — *Les deux cas rapportés par M. Jacob présentent, au point de vue clinique, quelques faits intéressants à relever.* Et tout d'abord, nous voyons que, suivant la règle, la céphalalgie a été le premier symptôme de la complication cérébrale ; cette céphalalgie s'est surtout caractérisée par son intensité plus grande, d'après

(1) Couteaud a déposé à l'Académie de médecine, le 12 juillet 1910, un mémoire sur trois cas d'abcès du cerveau consécutifs à des abcès du foie : ce mémoire n'a pas encore été publié.

M. Jacob, que celle que l'on observe dans les abcès cérébraux d'origine otique, et cela tient sans aucun doute à la rapidité d'évolution de l'affection. Les symptômes de localisation ont été trompeurs dans les premiers cas, où existaient de la paraphasie et de la contraction du membre supérieur droit ; ils ont été fidèles, au contraire, dans le deuxième cas, où existaient de l'hémianopsie homogène bilatérale gauche et de la parésie du membre supérieur droit.

Dans le premier cas, les phénomènes de paraphasie (signe de déficit cérébral), fugaces mais nettement constatés par MM. Jacob et Lemoine, leur avaient fait admettre que l'abcès siégeait dans la circonvolution de Broca et l'apparition, quelques heures après, d'une contracture du membre supérieur droit (signe d'irritation du centre voisin du centre de Broca) semblait venir confirmer leur opinion. Or, l'abcès occupait, non pas la circonvolution de Broca, mais le lobe temporo-occipital. Donc, dans le cas particulier, non seulement les symptômes d'irritation cérébrale ont été trompeurs, comme à l'ordinaire, mais aussi les symptômes de déficit cérébral. Toutefois, à ce propos, il convient de faire remarquer que la localisation de la zone du langage articulé est encore discutée. Pierre-Marie, on le sait, soutient que la circonvolution de Broca n'en fait pas partie ; ce centre, d'après lui, ne comprendrait que la zone de Wernicke, c'est-à-dire le gyrus marginalis, le pli courbe et le pied des deux premières temporales. Or, cette région, ou, du moins, une partie des fibres émanées de cette région de l'écorce, se trouvaient précisément intéressées par l'abcès. L'observation de M. Jacob serait donc, semble-t-il, en faveur de l'opinion de Pierre-Marie.

Dans le deuxième cas, les signes de localisation (hémianopsie homonyme bilatérale gauche, et parésie du membre supérieur droit, signes de déficit cérébral l'un et l'autre) n'ont pas été trompeurs : ils ont permis de situer exactement l'abcès sur le trajet des radiations optiques droites, et de l'ouvrir. M. Jacob fait remarquer, avec raison, que l'hémianopsie n'est pas un système objectif, un symptôme « qui se voit ». Il faut la chercher systématiquement, avec soin, et la dépister d'une façon précoce, avant que l'intelligence du blessé ne soit trop affaiblie; en effet, c'est en quelques jours, en quelques heures même parfois que sombre la conscience chez les sujets atteints d'abcès du cerveau.

C. — Enfin, Messieurs, les observations de M. Jacob *présentent un certain intérêt au point de vue chirurgical*. Ce sont, probablement, les premiers cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne traités chirurgicalement. Si, chez le malade de l'observation I, la trépanation n'a pas donné de résultats, parce que la localisation

n'a pu être faite faute de signe précis, chez le malade de l'observation II elle a conduit sur l'abcès. L'ouverture du crâne, chez ce malade, a été pratiquée au point de croisement de l'horizontale sus-orbitaire avec la verticale rétro-mastoïdienne : en effet, ce point, qui est emprunté aux repères de topographie cranio-cérébrale de Krönlein, répond assez exactement, d'après M. Jacob, au pli courbe et plus profondément à l'extrémité postérieure de la couche optique. Malgré l'ouverture précoce de l'abcès (sixième jour après l'apparition du premier symptôme, la céphalalgie) et le drainage large, le malade a rapidement succombé. Je n'hésite pas, avec M. Jacob, à attribuer ce résultat à la nature même de la lésion encéphalique. En effet, l'abcès du cerveau d'origine amibienne rappelle de très près l'abcès du foie de même nature. C'est, comme ce dernier, une sorte d'infarctus, d'abcès nécrosique, diffus, non encapsulé. Dans son intérieur se produisent des hémorragies qui dilacèrent la substance cérébrale. On trouve des globules sanguins accompagnés d'amibes dans toute la substance cérébrale ramollie, et ce processus hémorragique se manifeste encore à la périphérie du ramollissement par la présence, sur les coupes, d'un piqueté rouge dû aux capillaires gorgés de sang. En un mot, l'abcès cérébral amibien est essentiellement diffus et extensif : il a toujours été mortel jusqu'ici.

Quoi qu'il en soit, l'indication opératoire reste nette et formelle : l'abcès du cerveau amibien, comme l'abcès d'une autre nature, doit être ouvert et drainé. C'est à faire un diagnostic précoce qu'il faut surtout s'attacher. Une intervention hâtive pourra, peut-être, arrêter le processus d'encéphalite et améliorer, dans une certaine mesure, le pronostic d'une complication qui, dans tous les cas publiés jusqu'à ce jour, s'est montré si sombre.

Je vous propose de remercier M. Jacob pour son intéressant travail qui, joint à ceux qu'il vous a déjà présentés, mérite d'attirer sur son nom votre bienveillante attention lorsque vous aurez à élire un membre titulaire de la Société.

Discussion.

M. J. Lucas-Championnière. — Le rapport de M. Sieur sur les remarquables observations de M. Jacob mérite d'être étudié avec soin. Dès maintenant je veux cependant faire deux remarques qui me semblent intéressantes en l'espèce.

La première a trait au phénomène douleur, que M. Jacob estime avoir été plus violent que dans les cas d'abcès ou de tumeurs de diverses sortes plus communément observés. Je ne pense pas qu'il y ait exception dans ce cas. C'est, au contraire, la règle sur

laquelle nous avons appelé l'attention à la Société de Chirurgie en beaucoup d'occasions antérieures. Ces douleurs atroces sont au contraire caractéristiques de la tension intracranienne et surtout de celle qui survient un peu rapidement. J'ai signalé dans des cas de ce genre que j'avais observés, des céphalalgies atroces que rien ne calmait, même la morphine. Consulté sur ces sortes de douleurs, j'ai montré qu'elles étaient caractéristiques et qu'on ne réussissait souvent à obtenir un peu de calme qu'à l'aide des inhalations d'éther. J'ai fait trépaner avec succès des sujets qui n'avaient guère que ces douleurs comme symptômes.

Je crois donc qu'ici on était bien dans la règle, et au moins pour la seconde opération, l'intensité des douleurs devait encourager à une intervention même imparfaitement précisée.

Cela a une très grande importance, car les chances de guérison diminuent bien rapidement avec le retard de l'intervention.

En ce qui concerne la direction de l'opération indiquée par les symptômes, je crois contrairement à l'auteur et au rapporteur, qu'elle a été suffisante et qu'elle a été ce que l'on peut espérer dans ces cas d'inflammation encéphalique ou méningo-encéphalique.

C'est une erreur de croire que dans ces cas la localisation cérébrale a la précision que l'on peut rencontrer avec un traumatisme limité ou le développement d'une petite tumeur.

L'aire compromise est large. Le retentissement du phénomène inflammatoire est assez étendu. Il en résulte que si on a une indication de direction même assez grossière, il faut s'en contenter. Or, en la circonstance il était évident pour la première observation que la parole et les mouvements de la face étant touchés, il y avait lieu d'ouvrir largement au niveau de la troisième frontale et de la frontale ascendante, non plus avec l'assurance de trouver une lésion précise puisque l'aphasie ne donne plus qu'une indication vague, mais avec l'assurance que le foyer n'était pas éloigné de la région qu'on allait ouvrir. L'événement a prouvé que l'on était arrivé suffisamment dans la région malade.

La même observation peut être faite pour la seconde opération, si on se souvient du précepte sur lequel j'ai insisté dès la première heure, à savoir qu'il ne faut pas considérer la recherche des centres compromis comme la recherche d'*un point* idéalement étroit. C'est une conception qui n'a rien de chirurgical, contre laquelle j'ai toujours protesté. Mon principal mérite a été de montrer comment on pouvait et on devait atteindre la région des centres et au besoin la découvrir tout entière pour l'explorer et porter remède aux accidents.

Aussi, c'est la seule critique que je veux faire aux belles opéra-

tions de M. Jacob ; et encore ma critique est-elle relative, parce que je tiens compte de ce qu'il est intervenu chez des sujets en imminence de mort et n'a sans doute pas été libre de faire tout ce qu'il aurait voulu. Mais l'ouverture qu'il a faite au crâne me paraît avoir été bien petite pour rechercher des lésions mal déterminées et certainement étendues. Les chances de guérison qu'il avait le droit d'escompter ne pouvaient guère être réalisées qu'avec une opération largement évacuatrice, puissamment stérilisante, faite par une voie largement ouverte. Devant chercher un foyer qui avait chances d'être profond et difficile à purifier, il eût été bien nécessaire d'avoir une voie d'accès considérable, non seulement pour obtenir l'évacuation et la purification du foyer, mais pour obtenir la décompression cérébrale qui est capitale en pareil cas, et dont les douleurs atroces avaient montré l'urgente nécessité.

M. Potherat. — J'ai observé un cas d'abcès amibien du foie compliqué d'abcès du poumon et de métastase cérébrale probable. J'étais inscrit depuis plusieurs semaines pour vous communiquer ce fait ; l'ordre du jour n'a pas permis cette communication. Je vous rapporterai le fait à la prochaine séance. Il a ceci de particulier qu'il a trait à un malade qui n'est pas et n'a jamais été un colonial.

Communication.

Abcès gangreneux du poumon ouvert dans les bronches : hémoptysies répétées. Opération par décollement pleuro-pariétal. Greffe entre la face interne du thorax et la plèvre pariétale d'un épiploon conservé pendant cinq jours à la glacière. Guérison,

par M. TUFFIER.

Dans la séance du 11 mai 1910, je vous ai présenté quelques considérations sur les cavités suppurées intra-pulmonaires et les causes de leur persistance ; je vous ai fait l'histoire d'un malade que je vous ai montré guéri. Il était atteint d'un abcès gangreneux, chronique du poumon ; j'ai tenté l'occlusion de la cavité par le *décollement pleuro-pariétal* qui permettait *la coalescence* des parois de l'abcès et par la greffe à la manière de mon ami Chaput, d'un lipome conservé en *cold storage* à la façon de Carrel, dans l'espace décollé qui assurait *la permanence* de l'affrontement de ces parois. J'avais dû, chez cet homme, réséquer deux côtes, et cette

résection, bien que très limitée, pouvait faire penser qu'elle avait une grande part dans la guérison. Je vous ait dit que cette opinion ne pouvait pas être soutenue.

Voici un cas analogue, et où la résection d'une côte sur l'étendue



de deux travers de doigt ne peut être invoquée dans la cure de la maladie.

Une femme de trente ans entre le 23 novembre 1910 dans mon service. Mère de sept enfants et ayant fait une fausse couche en juin, elle fut prise, le 6 août, d'un point de côté à droite, avec crise d'étouffement, et le 11, à 7 heures du soir, elle fit une vomique fétide dont le produit remplissait un crachoir. Pendant huit jours,

l'expectoration fut la même ; en même temps, elle fut prise de frissons et de fièvre. Elle allait ainsi tant bien que mal, soignée tantôt au dehors, tantôt à l'hôpital, quand, le 17 novembre, elle fut prise d'une hémoptysie abondante : les crachats étaient purulents et sanglants. Après douze heures, les crachats redevinrent purulents, sans suffusion sanguine ; elle voulut sortir alors de l'hôpital et fut prise d'une *nouvelle et grave hémoptysie* ; en même temps, la purulence et la fétidité de l'expectoration s'accentuèrent. C'est alors que M. Debove nous la confia.

Elle présentait à l'auscultation et à la percussion les signes d'une *cavité suppurée* siégeant au niveau de la 5e côte droite, et la radiographie que voici montrait l'exactitude du diagnostic. La répétition des hémoptysies, que nous savons particulièrement graves dans les gangrènes pulmonaires, commandait une intervention.

Le *siège du foyer* créait une difficulté opératoire, il était derrière l'omoplate. Je fis immédiatement au-dessous de cet os, placé en abduction, une résection de la 7e côte dans l'étendue de trois centimètres ; je trouvai la plèvre adhérente et très épaisse, dure ; je fis le décollement de la paroi aussi loin *en haut* que mon index me le permit, sans atteindre de surface souple et normale : l'espace ainsi libéré avait environ 12 centimètres de hauteur, 9 à 10 de longueur et 3 centimètres et demi de profondeur. Comment le combler ?

Le 25 novembre, c'est-à dire cinq jours avant cette opération, j'avais, en pratiquant une hystérectomie abdominale pour fibrome chez une femme grasse, d'ailleurs absolument saine, réséqué un fragment d'épiploon du volume d'un gros poing (il était adhérent en bas au fibrome), je l'avais placé de suite dans un récipient stérile, avec toutes les précautions aseptiques d'usage. Le tout, fermé aseptiquement, fut déposé à la glacière entre 2 degrés et 7 degrés. J'ajoute que le récipient ne contenait aucun liquide physiologique ou autre. Je l'employai chez ma nouvelle opérée.

Mon décollement pleural effectué, ce fragment fut extrait de son récipient et introduit *dans tout l'espace sous-pleural décollé* ; malgré son volume, il était insuffisant pour remplir exactement tout cet espace et j'aurais désiré un fragment plus volumineux. Réunion complète en deux plans et sans drainage.

Les *suites opératoires* furent nulles, et le résultat *thérapeutique* est le suivant : la malade ne crache guère que trois ou quatre fois par jour, il n'y a pas eu de nouvelles hémoptysies, son état local et général que vous pourrez constater est excellent. La radiographie faite ces jours derniers montre une large zone semi-transparente dans toute la région greffée.

Voici le résultat de l'examen du poumon fait le 28 décembre par M. Mauté : A la base des deux poumons le murmure vésiculaire est sensiblement le même ; à la partie moyenne au-dessous de la cicatrice, même constatation; aucun bruit anormal, mais diminution de la respiration. Au-dessus de la cicatrice (lieu de la greffe), les différences s'accentuent entre le côté droit et le côté gauche; on ne trouve aucun bruit anormal, les vibrations thoraciques sont légèrement exagérées à droite. Au niveau de l'épine de l'omoplate et en dehors à droite, le murmure vésiculaire atteint son maximum de faiblesse, et en avant on observe la même différence.

(Au moment ou j'allais montrer cette malade, elle me dit que ses règles avaient un retard de douze jours et que ce matin elle avait craché quelques filets de sang.)

Je poursuis mes recherches sur la valeur des tissus conservés à la glacière, et tout ce que je puis en dire actuellement, c'est qu'ils peuvent rester *aseptiques*, qu'ils sont *tolérés* par l'organisme, et que leur présence ne détermine sur l'état général du sujet aucune réaction, aucun signe d'intoxication appréciable. Ils semblent persister un certain temps, puisque la radiographie nous montre qu'il existe encore là, après deux mois, un espace rempli par un tissu de densité différente du poumon et des organes voisins. Ce tissus agit-il comme simple corps étranger, est-il capable d'un métabolisme cellulaire actif amenant des échanges intracellulaires? C'est la question à l'étude, et que je me suis bien entendu posée. Malgré les progrès réalisés dans la technique biologique, aucune recherche ne peut actuellement nous donner de renseignements à ce sujet. Mon ami Parvu, qui a bien voulu faire quelques tentatives dans ce sens n'a abouti qu'à des résultats négatifs.

J'ai, à propos de cette malade, revu l'anatomie pathologique de mes opérés de *suppurations pulmonaires*, et recherché l'état des parois du foyer. J'ai ici, il y a quelque dix ans, montré l'influence de la constitution de cette paroi sur la permanence de la cavité. Les cas que j'ai opérés peuvent se diviser en trois groupes : 1° ceux dont la *nature même* de la paroi implique la persistance des foyers infectieux : paroi gangreneuse, paroi tuberculeuse ; 2° ceux dont la constitution anatomique fibreuse, fibro-calcaire, très dense et très épaisse, met obstacle à l'affaissement de la cavité; c'est la rigidité du mur qui empêche l'espace vide de se combler. Dans ces deux cas, la coalescence des parois de l'abcès est bien difficile ; 3° ceux dont les parois peu épaisses sont maintenues par la rigidité de la cage thoracique adhérente au parenchyme sous-jacent.

Chez cette femme que je vous présente, la cavité interlobaire déjà ancienne, étant entourée d'une coque légèrement fibreuse, mais qui avait provoqué du côté de la grande séreuse une fusion des deux feuillets, une réaction étendue fibreuse avec adhérence, j'ai pu décoller du thorax cette plaque encore souple et la refouler en dedans pour permettre l'affaissement de la cavité, mais cet affaissement n'a pu être complet, parce que la plaque pleurale indurée était trop étendue et que la masse épiploïque qui devait remplir l'espace laissé vide entre les côtes et le feuillet pariétal n'eût pas été suffisante.

Voici donc une seconde tentative pour combler par un nouveau procédé ces cavités pulmonaires si rebelles à la thérapeutique. Je tiens à vous répéter que ce ne sont là que des essais logiques ; je ne veux pas que des critiques trop volontairement sévères me fussent dire que je prétende guérir les vieilles suppurations pleuro-pulmonaires par la greffe d'un épiploon ou par de « la graisse conservée ». Il y a dans ce décollement pleuro-pariétal et dans la greffe d'un tissu à son niveau une voie que la physiologie pathologique de ces lésions permet d'ouvrir; le temps nous dira s'il faut l'élargir ou la fermer.

Présentations de malades.

Opération de Freund dans l'emphysème pulmonaire dit chirurgical.

M. Tuffier. — Voici *deux malades* ayant subi l'opération de Freund depuis dix-huit mois. Vous savez que la maladie décrite par Freund et confondue avant lui avec l'emphysème pulmonaire est caractérisée par une *rigidité permanente du thorax immobilisé en inspiration* dont l'origine est dans une dégénérescence du cartilage costal. Décrite en 1849, sa thérapeutique, conseillée dès cette époque, ne fut exécutée que par Hildebrand, cinquante ans plus tard.

J'envisagerai ici trois points de l'histoire de cette maladie à propos de mes deux malades : le *diagnostic*, l'*opération* et le résultat *définitif*.

I. — Distinguer l'emphysème pulmonaire médical de la dilatation permanente du thorax est particulièrement difficile, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

L'augmentation de volume, les contours arrondis, les irrégularités, et quelquefois les nodosités du *cartilage costal* (surtout au

niveau des 2e, 3e et 4e), l'examen *radiographique* qui montre à leur niveau des opacités, *l'exploration à l'aiguille* qui prouve que ces nodosités sont calcaires, l'absence de phlegmasie pulmonaire antécédente, constituent la base de ce diagnostic. Je vous répète, il est particulièrement épineux, mais il peut être fait, comme le prouvent mes deux malades.

II. — Au point de vue opératoire, la résection d'un travers de doigt du cartilage et de son périchondre ne présente aucune difficulté; le seul détail intéressant, c'est que : quand vous avez coupé les 2e et 3e cartilages, il y a encore peu de mobilité, mais dès que le 4e est sectionné, vous voyez immédiatement, sur la table d'opération et sous le chloroforme, tout le côté correspondant du thorax aller et venir pendant les mouvements respiratoires et témoigner manifestement d'une ventilation pulmonaire qui n'existait pas avant ces résections.

Je pratique une interposition fibreuse musculaire entre la section cartilagineuse et le sternum pour empêcher leur réunion; il vaudrait mieux greffer sur chaque section un cartilage diarthrodial.

III. — Au point de vue du résultat définitif, la mobilité du thorax peut être permanente, vous la verrez chez mon second malade, mais chez cette femme, que je vous présente, elle n'existe pas, et cependant le résultat a été parfait. Bien des hypothèses peuvent être faites sur le mécanisme de ce résultat.

Les deux malades que vous voyez ont été opérés il y a plus de dix-huit mois. J'ai voulu que deux hivers passent sur leur guérison avant de vous les montrer. La première est une *femme de vingt-huit ans*, opérée en juillet dernier, dans un état respiratoire tel qu'elle ne pouvait plus travailler, qu'elle vivait assise dans son lit; j'ai pratiqué la résection des 1er, 2e, 3e, 4e, 5e et 6e cartilages *du côté droit*; vous voyez que la cicatrice est à peine visible, et depuis cette époque, cette femme a pu gagner sa vie, et sans être arrêtée un seul jour. Le thorax de ce côté semble un peu plus incliné que du côté opposé, mais on ne constate pas de mobilité transversale du thorax pendant l'inspiration.

Cet homme opéré en même temps est beaucoup plus intéressant; il était absolument dans cet état de cyanose et d'anxiété respiratoire permanente des emphysémateux à la période ultime; il était assis dans mon service, le thorax incliné en avant et appuyé sur une pile d'oreillers. J'ai pratiqué sur lui, comme vous le voyez, une résection des cartilages costaux *des deux côtés* dans la même séance. Le résultat opératoire fut parfait, et du succès thérapeutique je ne puis vous dire que ce fait : c'est qu'il exerce la pro-

fession de chauffeur de taxi-auto depuis deux hivers et qu'il n'a pas été arrêté dans sa profession.

Vous voyez que le côté *droit* du thorax est mobile pendant la respiration; le côté *gauche* est immobile et *les deux* sont en rétraction postérieure, si bien que les cartilages costaux du niveau de la cicatrice viennent affleurer le bord postérieur du sternum.

Ces observations ont été prises dans tous leurs détails et seront publiées dans la thèse de mon interne si distingué M. Roux-Berger, prosecteur des Hôpitaux.

Discussion.

M. DELORME. — Je tiens à signaler un fait anatomique à propos de la remarque que vient de faire M. Tuffier au sujet de la quatrième côte, c'est que le quatrième cartilage est *relativement* horizontal par rapport aux autres, qui sont obliques de bas en haut pour ceux qui lui sont supérieurs, de haut en bas pour ceux qui lui sont inférieurs. C'est une sorte de centre autour duquel semblent s'effectuer deux respirations costales.

M. SOULIGOUX. — J'ai vu trois malades opérés par cette méthode. Un premier est mort d'asystolie, les deux autres sont restés très malades. Il faut donc être prudent et faire un diagnostic précis approprié, avant de faire l'opération de Freund.

M. TUFFIER. — Je dirai à M. Delorme que je ne veux pas entrer dans les détails d'anatomie pathologique, ni discuter le mode de production de la maladie. Je suis très documenté sur cette question et tout prêt à en faire l'étude complète si vous le désirez. Je remercie mon ami Souligoux de son éloge du résultat obtenu. Ce qu'il me dit de la difficulté du diagnostic et du choix des malades est une broderie sur ce que je vous ai signalé moi-même. La difficulté du diagnostic différentiel de l'emphysème médical et de l'emphysème justiciable de la chirurgie est épineuse, mais on peut le faire. J'ai choisi particulièrement mes malades puisque, sur le grand nombre que j'ai vu, je n'en ai opéré que *quatre* depuis deux ans.

Quant aux résultats défectueux observés, ils tiennent à ce que les malades sont opérés trop tardivement et alors que des lésions cardiaques ou aortiques rendent impossible la guérison. J'ai opéré un cas de ce genre dont l'amélioration a été très précaire à cause de son état pathologique (dilatation du cœur, aortite chronique);

il en sera ainsi pendant longtemps, car on ne nous confiera que des malades à une période particulièrement avancée.

Malgré cela, l'intérêt de ces faits est tel que j'ai cru devoir vous en entretenir.

Abcès du cervelet.

M. Kirmisson présente un jeune homme, aujourd'hui âgé de vingt et un ans, qu'il a trépané le 20 janvier 1902 pour un abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée.

Élection.

Élection d'un membre titulaire.

Résultat du scrutin.

Nombre de votants. 37.
Majorité absolue . . 19.

Ont obtenu :

MM. Ombrédanne . . . . 27 voix.
Jacob . . . . 7 —
Robineau . . . . 1 —

M. Ombrédanne est élu membre titulaire.

M. le Président fait connaître qu'une nouvelle place de membre titulaire est déclarée vacante et annonce que les candidats à cette place ont un mois pour produire leurs titres.

Le secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. ROUTIER, demandant l'honorariat.

3°. — Une lettre de M. OMBRÉDANNE, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

4°. — Des lettres de MM. SOURDAT et LAMY, remerciant la Société de leur avoir accordé les prix Laborie et Dubreuil.

A l'occasion du procès-verbal.

Abcès du côté droit du cervelet consécutif à une mastoïdite apparue au cours d'une otorrhée chronique. Trépanation de la fosse cérébelleuse; guérison complète, persistant au bout de neuf ans.

M. E. KIRMISSON. — Dans notre dernière séance, du mercredi 25 janvier, je vous ai présenté un jeune homme de vingt ans auquel j'ai pratiqué, le 20 janvier 1902, une trépanation de la fosse cérébelleuse droite pour un abcès du cervelet. L'observation de ce malade, très complètement rédigée par un de mes internes d'alors, M. Guénod, malheureusement mort depuis, n'ayant pas encore été publiée, je vous demande la permission de vous la communiquer.

Le 13 janvier 1902, notre petit malade, âgé de onze ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Kirmisson, pour une fistule de la région mastoïdienne droite, consécutive à un abcès incisé une quinzaine de jours auparavant.

14 janvier. — L'enfant présente dans la région mastoïdienne, à droite, un orifice fistuleux. L'exploration au stylet, jugée inutile, n'est pas faite. La mastoïde présente une surface un peu irrégulière, légèrement douloureuse à la pression, mais sans localisation en un point de la douleur. Il n'y a pas d'empâtement, des téguments, le sillon rétro-auriculaire n'est pas modifié, le pavillon de l'oreille n'est pas rejeté en avant. Par le conduit auditif, s'écoule un peu de pus.

Mais ce qui frappe surtout chez ce malade, c'est l'état général. L'enfant est abattu, prostré; il pousse des cris dès qu'on le remue dans son lit, cris plaintifs, enfantins. Cette torpeur n'est pas seulement physique : l'enfant répond mal aux questions, d'une manière inintelligente, il se sert de termes enfantins et prononce presque sans cesse le mot « bobo ». On ne constate pas de dilatation pupillaire, pas de dysphagie, pas de raideur de la nuque ni de signe de Kernig. Par contre, l'enfant se plaint de la tête, il a de la constipation, sans toutefois que le ventre soit rétracté en bateau. Il n'a pas eu de vomissements depuis son entrée à l'hôpital.

Le pouls est à 98, bien frappé; la température est de 37°2.

Les renseignements, un peu sommaires, fournis par les parents de l'enfant, qui l'accompagnaient à son entrée à l'hôpital, nous apprennent que le père et la mère, bien portants, ont trois autres enfants (pas de fausse couche ni d'enfants décédés), un garçon de quatorze ans, une fille de dix ans et un autre garçon de neuf ans, tous bien portants.

Notre malade, né à terme, a été élevé au sein par sa mère. Il a toujours été bien portant et n'a fait aucune maladie d'enfance. A noter seulement qu'il a été opéré à l'hôpital Trousseau, à l'âge de un an, pour un bec-de-lièvre gauche.

Vers l'âge de sept ou huit ans, sans qu'on puisse en préciser exactement le début, il présente un écoulement de l'oreille droite, qui n'a jamais été très abondant, et toujours a été soigné par des injections d'eau boriquée.

Le 25 décembre dernier, l'enfant fut pris de douleurs vives dans l'oreille droite et il se forma un abcès de la région mastoïdienne, abcès qui fut incisé par un médecin le 2 janvier; quelques jours après cette intervention, la fièvre reparut, très élevée, l'enfant dut s'aliter, a eu une constipation opiniâtre, et des vomissements fréquents alimentaires.

L'examen de la région malade, les commémoratifs rapportés par les parents, font poser le diagnostic évident de mastoïdite survenue au cours d'une otite moyenne chronique et devenue fistuleuse après l'incision d'un abcès mastoïdien. De plus, l'état de prostration, de torpeur du malade, son hébétude, la présence de vomissements antérieurs éveillent l'idée d'une complication endocrânienne. On pense même à un abcès cérébral. Mais, en l'absence de renseignements sur l'état intel-

lectuel de l'enfant avant la maladie actuelle, en l'absence de signes certains qui permettent d'affirmer l'existence de cette complication, on décide de pratiquer d'abord l'ouverture de l'antre en réservant pour plus tard une intervention plus large, au cas où les phénomènes cérébraux ne s'atténueraient pas ou s'accenturaient. En l'absence de signes d'urgence, l'antrotomie est fixée au lendemain matin.

15 *janvier*. — L'état du malade est le même ; la température est restée normale (37°2 la veille au soir, 36°9 le matin). Le malade est endormi au chloroforme. M. Kirmisson pratique l'ouverture de l'antre : incision dans le sillon rétro-auriculaire, en avant de l'orifice fistuleux ; incision du périoste qui est ruginé ; ouverture très facile, à la curette, de l'antre pétreux, dont la paroi est réduite à une mince coque osseuse. On tombe dans une large cavité contenant un peu de pus et surtout des fongosités, cavité qui est nettoyée à la curette et un peu agrandie par en haut. Tamponnement à la gaze iodoformée.

19 *janvier*. — La plaie a bon aspect, mais malgré une rémission des phénomènes généraux pendant les deux jours qui ont suivi l'intervention, l'état du malade ne s'est pas amélioré, et aux phénomènes du début sont venus s'en ajouter d'autres qui permettent maintenant de porter le diagnostic d'abcès intra-cranien.

L'état de prostration s'est accentué, le malade est dans un état de somnolence très marquée ; cependant il en sort quand on l'interroge à haute voix et répond assez bien aux questions qu'on lui pose.

Il accuse une douleur de tête très intense au niveau de la nuque, douleur fixe, mais qui n'augmente pas à la pression. Il existe un peu de raideur de la nuque dans les mouvements de flexion forcée de la tête. Les pupilles sont très dilatées, sans inégalité pupillaire, pas de photophobie. Hyperesthésie très marquée, étendue à toute la surface du corps, l'enfant pousse des cris au moindre contact.

Le phénomène de la raie méningitique existe très prononcé.

L'état de faiblesse musculaire est très considérable ; il existe un peu de parésie aux quatre membres, surtout au membre supérieur droit ; l'enfant ne peut se tenir seul assis dans son lit.

Cette position assise détermine l'apparition, ou mieux l'exagération de phénomènes vertigineux, qui existent aussi, mais beaucoup moins marqués, dans le décubitus dorsal : l'enfant voit les objets situés dans la salle et les personnes qui l'entourent se déplacer devant lui, toujours dans le même sens, de sa gauche à sa droite, et parfois, surtout la nuit, il éprouve une sensation de chute, mais en sens inverse, sur le côté gauche du corps. Pas d'incoordination motrice, pas de phénomènes convulsifs ou paralytiques. Les réflexes rotuliens sont abolis à droite comme à gauche ; le signe de Kernig existe très net. L'état de faiblesse du malade empêche qu'on le fasse lever et marcher.

Pas de dysphagie, l'enfant qui n'avait pas eu, depuis son entrée à l'hôpital, de vomissements, a vomi à plusieurs reprises, hier et ce matin, le lait qu'on lui a fait prendre. A noter aussi l'existence de bâillements répétés. La constipation est toujours très marquée ; cette nuit l'enfant a perdu ses urines au lit. Rien aux poumons et au cœur.

Le pouls bat 92 pulsations; il est régulier mais un peu faible; la température reste toujours à la normale : 37 degrés.

Dans l'après-midi de ce même jour (dimanche), le père de notre malade confirme et complète les renseignements pris à l'entrée du malade à l'hôpital. L'enfant est d'habitude très intelligent, travailleur, il remporte des succès scolaires, et c'est seulement depuis qu'il est malade qu'il est « endormi », « bébête » et se sert de mots enfantins. Depuis l'incision de l'abcès rétro-auriculaire; le 2 janvier, il se plaint d'une douleur violente de tête, toujours à la nuque, et présente de l'hyperesthésie. Il n'a pas eu de « convulsions », contractures ou paralysies.

Au début, avant l'incision de l'abcès mastoïdien, l'enfant aurait eu une forte fièvre, beaucoup d'agitation et un peu de délire; l'enfant était très constipé, et on a dû lui donner plusieurs lavements et purgatifs; pendant plusieurs jours avant son entrée, il a eu des vomissements continuels. Enfin, fait important, chez ses parents déjà, l'enfant se plaignait de voir « les objets remuer autour de lui », de voir « la chambre toute retournée », et il avait tendance à tourner sa tête à gauche. Il est impossible de savoir si l'enfant aurait eu des phénomènes de titubation, car il n'a pas marché depuis le début de sa maladie, même pour venir à l'hôpital.

20 *janvier*. — L'enfant a eu hier au soir un peu de délire (température toujours 36°9); la nuit a été calme; mais il a perdu au lit ses urines et ses matières.

Le matin, il est très abattu, somnolent, couché dans son lit en chien de fusil et présente un peu de photophobie. Il a vomi encore ce matin. Le thermomètre marque toujours 37 degrés, mais le pouls à 76, quoique assez bien frappé, présente quelques intermittences.

Dans ces conditions, la trépanation et la recherche d'un foyer suppuré endo-cranien s'imposent d'urgence.

Le malade est endormi au chloroforme. M. Kirmisson, malgré la présence de symptômes cérébelleux, se fondant sur la fréquence beaucoup plus grande des abcès de la fosse temporale, commence par faire une trépanation de la fosse temporale droite, par la voie sus-mastoïdienne. La dure-mère n'est pas adhérente, il existe une tension considérable intra-cranienne. Cinq ponctions faites dans des sens différents dans la masse cérébrale à l'aide d'une longue aiguille d'une seringue de Pravaz ne donnent aucun résultat.

Alors prenant en considération l'existence des symptômes cérébelleux, M. Kirmisson se décide à pratiquer une trépanation cérébelleuse. La plaie est agrandie par une incision postérieure, et l'occipital trépané largement immédiatement en arrière de la mastoïde.

La dure-mère apparaît normale, mais très tendue; on fait une ponction à la seringue de Pravaz, et, presque aussitôt enfoncée, on voit sourdre à côté de l'aiguille et sur son trajet une goutte de pus; le pus remplit rapidement le corps de pompe. La dure-mère est incisée en croix sur l'aiguille qui sert de conducteur pour conduire un bistouri qui ouvre largement l'abcès cérébelleux.

L'aiguille arrive profondément au contact de la paroi de la fosse cérébelleuse. La quantité de pus qui s'écoule en saccades d'abord, puis en bavant, est assez considérable, environ 60 grammes, pus épais, vert-jaunâtre, assez bien lié, d'odeur un peu fétide. Un gros drain est introduit profondément dans la cavité de l'abcès. On place quelques points de suture sur les téguments au niveau de l'incision sus-mastoïdienne, et la plaie laissée largement ouverte est tamponnée à la gaze iodoformée.

21 *janvier*. — La veille au soir, le malade a eu une température de 38°5; pouls, 135, petit, avec quelques intermittences. Il a été un peu agité l'après-midi; vers minuit, il présentait un état de somnolence, de rapidité et faiblesse du pouls tel qu'on lui a fait deux injections d'huile camphrée et éther, et 300 centimètres cubes de sérum. Le reste de la nuit a été calme, l'enfant a perdu ses urines au lit.

A la visite du matin, l'état de l'enfant s'est beaucoup amélioré; il repose calme et tranquille dans le décubitus horizontal. La céphalalgie a beaucoup diminué, il ne persiste qu'un peu de douleur dans la région occipitale droite. L'enfant ne pousse plus ses cris et plaintes enfantines. Il répond très bien aux questions qu'on lui pose; pas de délire, d'hallucinations, de confusion mentale; fait important, il ne voit plus les objets tourner devant ses yeux et n'a plus de sensation de vertige et de chute.

Les pupilles intégralement dilatées; la contracture de la nuque a diminué; persistance du signe de Kernig et de l'hyperesthésie cutanée.

Les réflexes rotuliens sont abolis. La parésie musculaire est beaucoup moins marquée, et l'enfant peut s'asseoir presque seul dans son lit.

On fait lever l'enfant en le soutenant par les aisselles : pas de vertige, pas de sensation de chute, pas de titubation. Température, 38°2; pouls, 128, régulier, un peu faible.

22 *janvier*. — Température, 37 degrés; pouls, 108. L'amélioration s'accentue. Le pansement est refait; la suppuration est abondante. Bon aspect de la plaie; à noter que l'enfant ressent, pendant qu'on le panse, une sensation de constriction, d'étranglement à la gorge.

Le soir, un peu d'agitation et de délire. Température, 37°2; pouls, 84.

23 *janvier*. — Température 37°5; pouls 102.

La céphalalgie est assez intense, ainsi que la raideur de la nuque. Un peu de délire. Persistance du signe de Kernig, de l'hyperesthésie cutanée, de la raie méningitique, de l'abolition des réflexes rotuliens, de l'incontinence d'urine. L'enfant n'a plus eu de vomissements depuis son opération.

Le soir : température, 37°5 ; pouls, 94. Toujours un peu de délire. Un lavement amène une selle abondante que l'enfant perd au lit.

24 *janvier*. — L'enfant est calme. Température, 37°2 ; pouls, 108. Le soir, température, 37°5.

25 *janvier*. — Température, 36°8; pouls, 128. Même état. Le pansement est souillé d'un liquide très séreux, probablement liquide céphalo-rachidien mêlé de pus cérébelleux, d'odeur très fétide. Autour du trajet du drain existe une zone brunâtre, d'aspect gangreneux; pansement à la gaze iodoformée. Le soir, température, 37°2.

26 *janvier*. — Amélioration sensible; l'enfant est très calme, ne se plaint plus, il s'alimente bien : 2 litres de lait par vingt-quatre heures; il va régulièrement à la selle avec un lavement, mais il perd encore ses urines au lit. La contracture de la nuque a presque entièrement disparu; persistance du signe de Kernig, de l'abolition des réflexes rotuliens, de l'hyperesthésie cutanée. La parésie musculaire a disparu, sauf au membre supérieur droit, où elle persiste, peu marquée, il est vrai.

Température, 36°9; pouls, 108. Le soir, température, 37°1.

27 *janvier*. — Température, 37 degrés; pouls, 124. Même état, amélioration progressive.

Le drain enlevé, il s'écoule une petite quantité de pus retenu dans l'abcès, d'odeur très fétide, analogue à celle des abcès intestinaux. La zone gangréneuse sur le trajet du drain est bien détergée. On replace un drain long d'environ 6 centimètres. Une artère qui saigne dans le lambeau est pincée. Pansement à la gaze iodoformée.

28 *janvier*. — Température, 37 degrés; pouls, 108.

29 *janvier*. — Température, 37 degrés; pouls, 110, fort, plein, régulier. Bon aspect de la plaie; changement du drain, écoulement d'une petite quantité de pus non fétide.

La raideur de la nuque a entièrement disparu, il persiste un peu de Kernig. L'enfant peut s'asseoir seul et rester assis sans grande fatigue. Pas de vertige, pas de sensation de chute. Disparition de l'hyperesthésie cutanée et de la raie méningitique. Les réflexes rotuliens n'ont toujours pas reparu. L'enfant peut se mettre debout et marcher sans titubation, ni vertiges. L'intelligence et la mémoire sont parfaites.

30 *janvier*. — Température, 37 degrés; pouls, 110.

31 *janvier*. — Température, 36°8; pouls, 108.

Le pansement est enlevé, le drain retiré; il ne sort pas de pus, pas d'odeur fétide, le drain est cependant remis, mais raccourci.

2 *février*. — Température, 37°2; pouls, 80. Enlèvement des fils. Bon aspect de la plaie. Suppression du drain. Persistance du Kernig, de l'abolition du réflexe patellaire, de la parésie du bras droit.

6 *février*. — La température et le pouls sont normaux (pouls, 80; température, 37 degrés). Le malade engraisse rapidement. Bon aspect de la plaie; au niveau de la trépanation cérébelleuse se fait une hernie cérébrale.

10 *février*. — La hernie cérébrale augmente.

19 *février*. — L'état général est excellent, l'enfant engraisse de jour en jour. Le pouls et la température sont normaux. L'enfant se lève dans la journée et marche bien. Les réflexes rotuliens sont toujours abolis, le signe de Kernig n'existe plus que dans la flexion extrême des cuisses. La plaie opératoire bourgeonne bien; l'antre mastoïdien est presque entièrement comblé, la tumeur herniaire est stationnaire.

1er *mars*. — La plaie se cicatrise normalement. La hernie cérébelleuse diminue progressivement. L'état cérébral de l'enfant est, d'après les parents, le même qu'avant la maladie. L'état général est excellent; le signe de Kernig n'existe plus; les réflexes rotuliens existent, très faibles.

24 mars. — La cicatrisation de la plaie est très avancée; l'antre mastoïdien est comblé en grande partie. La tumeur herniaire a disparu, recouverte en partie par des bourgeons charnus, en partie par du tissu cicatriciel.

L'état général est toujours excellent, et, de tous les phénomènes morbides qu'a présentés le petit malade, il ne reste plus qu'une diminution très marquée de ses réflexes rotuliens.

L'examen du pus pratiqué par M. Bize, chef de laboratoire, a démontré qu'il s'agissait d'une suppuration à *coli-bacille*, en culture pure.

Pus d'odeur très fétide rappelant l'odeur du beurre rance.

Examens directs : sans coloration : nombre considérable de microbes très mobiles, à forme de bacilles, longs, courts et intermédiaires. Coloration : aucun de ces bacilles ne reste coloré par la méthode de Gram. Par les colorants usuels on examine facilement les bacilles : les plus courts se groupent parfois en chaînettes de 3 ou 4 éléments au plus.

Cultures aérobies: gélose : en vingt-quatre heures, voile transparent qui en couvre toute la surface, et devient de plus en plus épais. Bouillon peptonisé, en vingt-quatre heures, trouble marqué; puis dépôt au fond. Gélatine, au bout de vingt-quatre heures, pointillé à la surface; dans les jours suivants, développement de colonies innombrables, fines. Par piqûre, colonies assez abondantes formant à la surface un voile et produisant des bulles de gaz qui craquèlent la gélatine dans la profondeur.

Lait : coagulé en vingt-quatre heures à 37 degrés.

Cultures anaérobies : la gélose glucosée est rapidement craquelée par les gaz produits par le développement des colonies.

La gélose tournesolée vire rapidement au rouge avec dégagements abondants de gaz.

Toutes les cultures dégagent une odeur fétide, fade, fécaloïde; toutes contiennent en culture pure le microbe observé à l'examen direct du pus.

Un cobaye inoculé avec une très faible quantité de pus a survécu et ne présente actuellement rien de particulier.

Vingt et un mois après, le 28 décembre 1903, nous revoyions ce malade en parfait état de santé, et nous notions ce qui suit : derrière le pavillon de l'oreille droite, se voit une vaste cicatrice anfractueuse, irrégulière, déprimée, qui est la trace de la trépanation mastoïdienne. Un peu plus en arrière, à 4 centimètres derrière le pavillon de l'oreille, deuxième cicatrice déprimée, cachée par les cheveux, au niveau de laquelle on sent une perforation osseuse, mais aucune impulsion au doigt. La démarche est parfaite, non chancelante, la vision est intacte; l'enfant n'accuse aucune douleur.

Aujourd'hui, neuf ans après l'opération, vous avez pu constater

que l'état reste le même. Le malade ne présente aucun trouble pathologique ; il conserve uniquement la cicatrice opératoire, avec une petite perte de substance osseuse, mais sans trace de battements à ce niveau.

Abcès amibien du foie et du poumon. Métastase cérébrale ayant entraîné la mort.

M. E. Potherat. — Je vous apporte, Messieurs, l'observation que j'ai annoncée dans la dernière séance, à la suite du rapport de M. Sieur. Toute incomplète qu'elle soit sur un point, et bien que se rapprochant partiellement seulement de celles de M. le Dr Jacob (du Val-de-Grâce), je crois qu'elle peut trouver place dans la discussion en cours.

Voici le fait :

Le 27 janvier 1910, entrait dans mon service privé de Bon-Secours, un homme de quarante ans, qui m'arrivait avec le diagnostic probable de pleurésie purulente du côté droit. Très amaigri, pâle, défait, couvert de temps à autre de sueurs abondantes, les traits tirés, le côté droit du thorax soulevé par une voussure très apparente, coïncidant avec de la matité à la percussion, l'abolition des vibrations thoraciques, la disparition du murmure sur une grande hauteur, un souffle expiratoire très net, de l'égophonie dans la fosse sous-épineuse, cet homme présentait des signes indéniables d'un épanchement pleurétique; si l'on tient compte, en outre, des phénomènes généraux, de la fièvre à grandes oscillations, et d'un léger œdème du thorax à sa partie inférieure à droite, on conçoit que le diagnostic de pleurésie purulente ait pu être porté.

Avant de rien entreprendre, je crus bon de faire une ponction aspiratrice; elle ramena un litre de liquide citrin analogue à celui des pleurésies séreuses ou séro-fibrineuses; ni à l'œil, ni à l'examen histologique, ce liquide n'offrait de signes de purulence. D'autre part, la plèvre vidée, je pus constater que le foie, qui descendait très bas dans le ventre et que j'avais pensé avoir été abaissé par l'épanchement, restait très bas, et s'élevait en même temps beaucoup dans le thorax. Il s'agissait donc d'un foie augmenté de volume au point d'avoir acquis des dimensions fort exagérées, et d'avoir déterminé une forte voussure du thorax.

Le diagnostic devait donc s'orienter vers une tout autre voie que celle de la pleurésie purulente. Il y avait bien pleurésie, mais celle-ci était manifestement sous la dépendance d'une affection voisine, hépatique ou juxta-hépatique.

En raison de l'augmentation de volume du foie, de la pleurésie symptomatique voisine, de la distension du thorax, d'une sensation profonde que je crus être de la fluctuation, ou tout au moins de la rénitence, je songeai à la possibilité d'un kyste hydatique, vraisemblablement en voie de suppuration.

L'examen du sang fournissait des éosinophiles en notable abondance; la radioscopie révélait une masse arrondie, dans l'épaisseur du lobe droit du foie, formant en haut une forte saillie en dôme débordant notablement ce lobe; jusqu'ici, tout concordait bien avec l'idée d'un kyste hydatique; mais la recherche du complément, faite par M. Weinberg lui-même, se montrait nettement négative. Il y avait donc une collection importante dans le foie, débordant fortement celui-ci en haut, dans le thorax, mais un grand doute persistait sur la nature exacte de cette collection, doute que l'étude la plus attentive et la plus fouillée des antécédents ne parvenait pas à éclaircir.

En effet, cet homme, de par sa profession de placier en sucres, n'était pas particulièrement exposé à l'échinococcose. Il était malade depuis trois mois; il s'é ait plaint du côté droit, il avait en particulier éprouvé tout à coup de très violentes douleurs en arrière de l'épaule droite, puis des signes de pleurésie avec épanchement s'étaient manifestés, et cinq fois la thoracentèse, pratiquée par son médecin à des intervalles plus ou moins rapprochés, avait permis d'extraire à chaque fois environ un litre de liquide toujours séro-fibrineux, citrin.

Il y avait bien dans ces antécédents un fait dont toute l'importance nous apparut par la suite, mais sur lequel nous ne nous appesantîmes pas tout d'abord. Trois mois avant, en pleine santé, cet homme avait été, tout à coup, pris de diarrhée profuse, dont l'abondance jointe à la soudaineté était telle (18 à 20 selles par jour) que son médecin avait cru à une intoxication alimentaire. Soumis à la diète, au repos, aux désinfectants intestinaux, le malade allait mieux au bout de trois semaines, bien que la diarrhée persistât encore. Il voulut reprendre son travail; c'est alors qu'apparurent les douleurs scapulaires, et les signes de pleurésie, conjointement avec une altération progressive de l'état général. Le malade dut reprendre le lit et le garder définitivement.

Quand il vint dans mon service la diarrhée persistait encore; c'était une diarrhée glaireuse, peu abondante; elle se produisait cinq à six fois par jour; rien, du côté du rectum au moins, n'expliquait sa persistance. Parfois les glaires présentaient quelques stries sanguinolentes J'en fis faire un examen dans un laboratoire; les renseignements qu'on me fournit n'apportaient aucun éclaircissement sur la nature de ces selles.

Il n'en restait pas moins que nous avions là un malade présentant une collection intrahépatique s'élevant dans le thorax, surtout en arrière, ainsi que le démontraient la radioscopie, d'une part, la percussion d'autre part, le tout avec un état général traduisant une atteinte profonde de l'organisme. Il fallait intervenir et j'estimai que la voie d'accès la meilleure, parce que la plus directe, était la voie transpleurale.

Dans les premiers jours de mars dernier, je fis donc la résection des 9e et 10e côtes, sur une assez longue étendue, dans le prolongement de l'axe vertical de l'aisselle. Palpant alors les plans profonds, je sentis tout près de la surface une résistance et même une fluctuation manifestes; un trocart introduit à travers le 8e espace intercostal pénétra rapidement dans une cavité d'où s'écoula du pus rougâtre, hématique, du pus d'origine hépatique. Laissant en place le trocart qui devait désormais me guider, j'incisai avec précaution les plans sous-jacents afin d'éviter un pneumothorax; les deux feuillets pleuraux étaient libres; je les réunis par une suture et je pénétrai sans coup férir dans une vaste cavité d'où s'échappa en très grande abondance (deux litres environ) de pus hématique, mal odorant. Drainage par deux gros drains, et lavage à l'eau stérilisée jusqu'à ce que le liquide revînt clair. Pansement.

Les suites immédiates de cette intervention furent d'abord, malgré l'abaissement de la température qui en résulta, assez inquiétantes; mais au bout de quelques jours la situation s'améliora, et nos craintes disparaissaient. Malgré des lavages régulièrement et soigneusement faits par le personnel de mon service, la suppuration persistait abondante; cependant le foie remontait peu à peu, et le thorax se rétractait, et il semblait bien que nous marchions lentement mais sûrement vers la guérison.

Toutefois la diarrhée persiste; elle est toujours glaireuse, dysentériforme; il y a cinq à six selles chaque jour. Le malade en est importuné et souhaite en être débarrassé. Rapprochant l'abcès hépatique de cette diarrhée, je me demande s'il n'y a pas un rapport de cause à effet; mais cet homme n'a jamais quitté la France, sa diarrhée a subitement apparu à Paris, en pleine santé, trois mois avant son entrée dans mon service, et des examens répétés des selles par un chef de laboratoire se montrent constamment négatifs.

Nous arrivons ainsi aux premiers jours d'avril; voici que notre homme présente une suppuration beaucoup plus abondante et fétide de son kyste en même temps que la diarrhée redouble d'intensité; aussi le malade, qui avait commencé à se relever, se met de nouveau à dépérir et s'affaiblit.

C'est alors que, sur le conseil du Dr Gabriel Potherat, mon assistant à Bon-Secours, j'eus l'idée de m'adresser au Dr Brumpt, professeur agrégé de la Faculté de Paris, et dont la compétence en parasitologie est universellement reconnue.

Au premier examen que M. Brumpt fit des selles de notre malade, il trouva en abondance extrême une amibe.

M. Brumpt — et je lui en exprime ma sincère gratitude — vint à Bon-Secours, renouvela les examens; toujours et très facilement il retrouva une amibe très abondante, vivante, et qui sous le champ du microscope se montrait vivante pendant plus de deux heures, de sorte que je pus la faire examiner par tous mes élèves, non seulement de Bon-Secours, mais encore de l'hôpital Broussais.

Cette amibe, en abondance extrême dans les selles du malade, se retrouvait en grande abondance dans les excréta du foie recueillis dans les tubes à drainage.

M. Brumpt introduisit des déjections du malade dans l'intestin de jeunes chats; ceux-ci ne tardèrent pas à être atteints de diarrhée dysentérique avec présence d'amibes. Leurs déjections, introduites dans l'intestin d'autres chats, eurent le même résultat. Et l'amibe infectante gardait ses mêmes caractères qui étaient, d'après M. Brumpt, exactement ceux de l'*amœba dysenteriæ* qu'il avait eu tant de fois l'occasion d'examiner dans son voyage d'étude en Afrique équatoriale.

Notre malade avait donc été frappé de dysenterie amibienne, identique à celle des pays tropicaux; cette dysenterie avait provoqué un abcès amibien du foie, comme on l'observe chez les coloniaux. Il fallait donc soumettre ce malade à un traitement approprié à ce genre d'affection : diète lactée, laudanum, ipéca à dose progressive. M. Brumpt, avec une amabilité et un dévouement dont je ne saurais trop le remercier, voulut bien instituer et diriger ce traitement spécial. La tolérance à l'ipéca fut un peu longue à s'établir, cependant le malade se fit à cette médication dont l'effet, au point de vue de la diarrhée, fut rapidement efficace ; la diarrhée cessa, et le malade connut la constipation ; on put l'alimenter un peu plus substantiellement sans inconvénient pour son intestin, et au grand avantage de son état général.

Tout va bien ; mais voici que le 1er mai, le malade est pris d'une toux quinteuse, fréquente, fatigante, que rien n'explique, mais que rien ne calme. Le 2 mai, survint tout à coup une abondante vomique purulente suivie d'une amélioration de la toux moins pénible et moins fréquente. La vomique est suivie d'expectoration de crachats purulents. Pendant ce temps, le pus qui s'écoule par les drains intrahépatiques est de moins en moins abondant ; il

cesse même vers le 10 mai. Mais le malade crache de plus en plus de pus, il a de la fièvre, il s'affaiblit. Nous pensâmes donc que le malade présentait un nouvel abcès intrapulmonaire.

Mais craignant que le drainage intrahépatique fût insuffisant, je dilatai le trajet, j'introduisis plus profondément des drains plus gros, et l'écoulement par ces drains redevint abondant, en même temps que la toux et l'expectoration cessaient, et que la température revenait à la normale.

S'agissait-il réellement d'un abcès intrapulmonaire, ou seulement d'une effraction de l'abcès intrahépatique insuffisamment drainé, et se portant vers les bronches? C'est un point que je ne saurais préciser, car la radiographie ne nous avait rien révélé dans les poumons, et le pus rejeté par expectoration avait eu, à plusieurs reprises, les caractères du pus d'origine hépatique. Quelques amibes s'observent parfois encore dans le pus ; elles sont très rares et paraissent peu actives, sinon mortes.

Nous arrivons ainsi au 10 juillet ; le malade s'alimente, il prend des potages, des purées, des crèmes, des confitures ; son état général est très bon ; il n'y a plus de toux, la suppuration hépatique est insignifiante, le malade est enchanté, son entourage est très satisfait, la guérison paraît plus ou moins proche, mais certaine.

Jusqu'ici, Messieurs, mon observation s'est montrée intéressante certainement, mais elle ne présente rien qui la rapproche des observations de M. Jacob. Les choses n'en vont pas rester là.

Voici qu'un matin, le 12 juillet, on m'apprend que pendant la nuit précédente, de 1 à 3 heures du matin, le malade a présenté des attaques répétées et très rapprochées ayant tous les caractères de crises épileptiformes. Depuis le matin ces attaques ont cessé, mais le malade très gai, très éveillé, très causeur antérieurement, est somnolent, ne parle plus, il présente de l'agraphie ; il veut écrire à sa femme et il lui rédige une lettre littéralement décousue.

Le 13 juillet, rien de particulier, les troubles cérébraux continuent, mais dans la nuit du 14 juillet deux nouvelles crises épileptiformes, d'ailleurs moins violentes, se produisent. Il n'en surviendra pas d'autres, et par conséquent nous ne pouvons faire aucune localisation précise. Le malade tombe dans un état de dépression complète ; il ne parle plus du tout, si ce n'est pour se plaindre de douleurs de tête très violentes. Il n'y a pas de température, pas de vomissements, peu ou pas de diarrhée, peu ou pas de suppuration.

Je ne détaillerai pas davantage les accidents auxquels nous assistons; c'est littéralement le tableau que nous en a tracé M. Jacob dans ses deux observations.

Je n'eus recours à aucune intervention, je n'avais que des renseignements insuffisants sur les crises épileptiformes survenues la nuit et dont nous n'avions pas été les témoins; je n'avais donc pas de localisation cérébrale; et j'eusse été bien embarrassé de préciser le lieu de la trépanation. Une ponction lombaire permit un examen du liquide céphalo-rachidien, qui ne nous fournit aucune indication et n'amena aucune amélioration. Il y avait de nombreux polynucléaires, rien d'autre. Cette soustraction de liquide céphalo-rachidien ne fit pas cesser la céphalée.

L'état général de mon malade s'aggrava progressivement et rapidement, et, après avoir présenté des soubresauts musculaires, de petites crises épileptiformes à peine esquissées, notre homme tomba dans le coma et mourut le 27 juillet, quinze jours exactement après le début des accidents cérébraux.

Vous vous attendez, sans doute, Messieurs, à ce que je vous donne les résultats de l'examen macroscopique du cerveau. Malheureusement cet examen ne put être fait ; nous étions dans un hôpital privé, je n'osai pas demander à la pauvre femme de mon malade de faire à la science le sacrifice d'autoriser l'autopsie de son mari, et à ce point de vue mon observation est malheureusement incomplète, et elle laisse place à la critique. Mais si vous voulez bien vous rappeler que notre malade était profondément infecté et pénétré d'amibes, si surtout vous rapprochez le tableau des accidents cérébraux qu'il a présentés de celui des malades de M. Jacob, vous conviendrez avec moi que le doute n'est guère permis à tout homme de bonne foi, et que mon malade a succombé à une invasion de son cerveau par les amibes.

Je n'ai pas trépané ce malade ; je vous ai dit pourquoi ; je n'avais pas des signes me permettant une suffisante localisation pour appliquer une couronne de trépan. Toutefois les résultats obtenus jusqu'ici par la trépanation ne sont pas de nature à me laisser des regrets autres que celui de n'avoir pu *de visu* constater la lésion cérébrale amibienne.

Je ne blâme pas l'intervention en pareil cas, et à l'occasion je n'hésiterais pas à y recourir, mais je crains bien qu'on ne soit pas à la veille d'enregistrer un succès dans cette voie, car les lésions qu'engendrent les amibes dans le cerveau sont des lésions qui diffusent beaucoup, et, partant, d'une extrême gravité.

Ceci dit à propos des accidents cérébraux dus à l'infection amibienne, je vous demande la permission, bien que ce soit un sujet en dehors de la question soulevée par le rapport de M. Sieur, de m'arrêter un instant sur une particularité de mon observation.

Mon malade fut atteint de diarrhée dysentériforme et d'abcès du foie, l'un et l'autre dus à l'invasion de son organisme par

l'*amœba dysenteriæ*. Ces lésions sont classiques en quelque sorte chez les coloniaux ayant habité les pays tropicaux. Or, mon malade n'a jamais quitté la France. Né à Paris, il y reste quinze mois; puis il demeure dix-sept ans à Bourbonne-les-Bains et fait son service militaire à Langres. Devenu voyageur de commerce, il parcourt le centre de la France uniquement, jusqu'à l'âge de trente ans; depuis dix ans, enfin, il est revenu habiter Paris.

Donc il n'a jamais habité les pays tropicaux, et j'ajoute qu'il ne s'est jamais trouvé en contact avec des coloniaux.

C'est là un fait digne de remarque qui tend à démontrer que la dysenterie des pays chauds peut s'observer en France; s'il n'y avait que mon fait, on pourrait, encore qu'il ait été observé scrupuleusement, émettre des doutes. Mais il y en a d'autres qui ne sont pas moins concluants, tel le fait rapporté par notre collègue Caussade, médecin des hôpitaux, il y a quelques années. D'après M. Brumpt, des cas isolés ont été observés dans plusieurs pays d'Europe; et pour le savant agrégé de la Faculté, il est hors de doute qu'en dehors même de toute contagion, de toute contamination par un colonial, les Européens n'ayant jamais quitté les régions tempérées peuvent, exceptionnellement, mais sûrement, être envahis par l'*amœba dysenteriæ* et subir tous les accidents qu'elle produit sur les sujets ayant contracté l'affection dans les pays où elle est endémique.

A ce titre, mon observation méritait de ne pas passer inaperçue; c'est pourquoi j'ai cru bon de la relater un peu longuement à propos du rapport de M. Sieur et des observations de M. Jacob, dont elle ne s'écarte que sur ce point particulier de l'étiologie.

Remarquez aussi la rapidité d'évolution de l'affection. En octobre 1909, apparition de la diarrhée dysentérique; en novembre, signes manifestes de pleurésie droite avec épanchement; donc l'abcès hépatique était déjà constitué; opération en mars, accidents cérébraux et mort en juillet. Les malades que nous observons d'ordinaire dans nos services et qui arrivent des colonies ne présentent pas, tant s'en faut, cette évolution aiguë. Cela aussi méritait, je pense, de vous être signalé.

Rapports.

Plaie de l'estomac et du diaphragme par balle de revolver. Laparotomie sous-costale gauche. Section et relèvement en masse du rebord thoracique inférieur gauche. Suture des plaies, stomacale et diaphragmatique. Guérison, par M. RAOUL BAUDET.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Les guérisons de plaie de l'estomac à la suite de l'intervention opératoire sont actuellement nombreuses. Nous croyons cependant intéressant de vous rapporter l'observation de M. Baudet.

OBSERVATION. — Mme N..., quarante-quatre ans, se tire le 7 juillet 1907, à 6 h. 10 du soir, un coup de revolver de gros calibre dans le côté gauche du thorax, au-dessous de la pointe du cœur. Elle tombe, éprouve des sueurs froides, mais ne perd pas connaissance ; on la transporte à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître M. Picqué. Je suis appelé d'urgence et j'arrive auprès d'elle à 8 h. 10.

La malade vient d'avoir une défaillance précédée d'une sensation d'étouffement. Mais elle a déjà repris ses sens et peut répondre à mes questions.

Son facies est pâle. Le pouls est à 72 : il est bien frappé. La température vaginale est de 38 degrés. Il n'y a pas de signes d'épanchement pleural. Le cœur est normal.

A la partie inférieure du thorax, à gauche, dans le 8e espace intercostal, le long de la ligne mamelonnaire, on voit l'orifice d'entrée du projectile, à bords noirâtres et contus et laissant couler un peu de sang.

La pression exercée sur le ventre est douloureuse au niveau de l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Il n'y a pas de ballonnement, de matité et de sonorité anormales de l'abdomen.

Au moment même où nous l'examinons, la malade rend une assez grande quantité de sang noir, à la suite d'un effort de vomissement.

Le diagnostic de plaie pénétrante de l'estomac devient alors facile. Il est certain, étant donné l'orifice d'entrée du projectile, au niveau du 8e espace intercostal, que le diaphragme a été perforé, le poumon et la plèvre paraisant indemnes de toute blessure.

La malade est opérée à 8 h. 50, deux heures quarante minutes environ après son suicide.

Nous pensons que la plaie stomacale est haute et qu'elle doit occuper la grosse tubérosité : nous craignons que la rate ou tout autre organe profond de l'hypocondre gauche soit intéressé. Dans ces conditions, une laparotomie médiane ou latérale ne nous donnera pas un jour suffisant. Aussi nous nous décidons, séance tenante, à réséquer le rebord thoracique inférieur.

Placé à gauche de la malade, nous incisons d'abord l'abdomen parallèlement au rebord inférieur du thorax et à un travers de doigt au-des-

sous de ce rebord, en partant de la ligne axillaire antérieure. Cette incision atteint l'appendice xiphoïde, et à ce moment devient verticale en remontant le long du sternum, en plein sternum, et parallèlement au bord sternal. Dans son ensemble, elle représente une longue courbe à concavité supérieure et externe.

Nous ouvrons l'abdomen au-dessous des côtes, puis nous sectionnons les téguments thoraciques, jusqu'au sternum.

Protégeant les organes abdominaux avec des petits champs, nous disséquons la lèvre supérieure de notre incision, et séparons les parties molles superficielles du plan costal, de façon à découvrir le rebord thoracique inférieur. Cette dissection est faite à grands coups et ne dépasse pas en haut la 7e côte.

Nous sectionnons avec des ciseaux le 7e cartilage costal au ras du sternum; puis en bas, sur la ligne axillaire antérieure, nous coupons en remontant d'abord le 8e cartilage costal, à 5 ou 6 centimètres de son extrémité antérieure, le 7e espace intercostal et le 7e cartilage costal près de son articulation chondro-costale. Le rebord thoracique devient alors libre : nous le confions à un aide, qui le relève vers l'aisselle.

Le foie, l'estomac, le côlon, la rate et la face inférieure du diaphragme apparaissent nettement à nos regards. Nous découvrons aussitôt une plaie de la face antérieure de l'estomac, près du sommet de la grosse tubérosité. Elle ne laisse couler aucun liquide. Il y a cependant du sang dans l'abdomen.

Nous fermons immédiatement cette perforation stomacale par deux plans de sutures, avec de la soie n° 2. Puis nous recherchons s'il n'y a pas une plaie postérieure, c'est-à-dire si la grosse tubérosité n'a pas été traversée de part en part; nous effondrons le ligament gastro-colique, qui est sous nos doigts, découvrons la partie péritonéale de la face postérieure de l'estomac. Nous ne trouvons rien. Nous avons regretté depuis de ne pas avoir mieux vérifié l'état de la portion cardiaque de cet organe, ce qui nous eût été très facile.

En raison du sang qui existe dans l'abdomen, nous vérifions l'état de la rate. Elle est petite, profonde, peu mobilisable, néanmoins nous pouvons l'examiner facilement sur toutes ses faces, même au niveau de la partie postérieure de sa face interne, grâce à l'ouverture préalable de l'arrière-cavité des épiploons.

La face inférieure du diaphragme présente à gauche un orifice elliptique que nous fermons aisément avec deux points de catgut n° 2.

Nous laissons retomber le volet thoracique et nous fermons les brèches thoraco-abdominales en suturant seulement les parties molles. Nous drainons.

Pendant cinq jours la malade a été tenue à la diète liquide. Le quatrième jour la température est montée à 38°5. Elle est devenue normale le sixième jour. Guérison.

Plusieurs points me semblent mériter d'être relevés dans cette observation :

1° La guérison opératoire;

2° Le fait que M. Baudet n'a découvert et fermé qu'une plaie de l'estomac alors qu'en réalité il devait en exister deux. Une radiographie, faite après guérison, a montré que la balle était logée dans le segment latéral droit de la colonne vertébrale ; elle avait donc traversé de part en part l'estomac; or, malgré l'absence de fermeture de la perforation postérieure méconnue, la malade a guéri sans incidents ;

3° La voie d'accès suivie.

Le 7 décembre dernier, j'ai eu l'occasion de vous exposer à propos d'un travail de M. Navarro les différentes voies d'accès que nous avions à notre disposition pour aborder la coupole diaphragmatique. Bien que le volet taillé par M. Baudet diffère, au point de vue du tracé, de celui de M. Navarro, il s'en rapproche cependant en ce sens que c'est un procédé de *volet thoracique temporairement mobilisable*. Le fait de M. Baudet s'ajoute donc à ceux de M. Navarro pour nous montrer les avantages de la mobilisation du rebord du thorax.

J'ajouterai, pour compléter mon rapport de décembre dernier, que ce n'est pas la première fois que M. Baudet recourt à cette pratique du volet thoracique mobilisable. Dans un mémoire qui m'avait échappé, notre collègue l'avait déjà exposé à propos d'un cas de rupture traumatique de la rate (1). C'est donc à lui que revient le mérite d'avoir le premier préconisé comme voie d'accès à la coupole diaphragmatique dans les lésions traumatiques de la partie supérieure de l'abdomen, le volet thoracique mobilisable. Je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de lui rendre ici ce qui lui est dû et de pouvoir, grâce à lui, insister une fois de plus sur les avantages de ce procédé qui lui a permis, comme à M. Navarro, de faire une exploration facile de la coupole diaphragmatique et d'obtenir, en même temps qu'une guérison opératoire, un résultat esthétique irréprochable.

(1) *Le Médecin praticien*, nos du 3 et du 10 septembre 1907.

Observation de tumeur syphilitique prise cliniquement pour une salpingite et anatomiquement pour un cancer. Amélioration par la laparotomie. Guérison par le mercure, par M. le Dr E. MESLEY, chirurgien à Gijon, province des Asturies (Espagne).

Rapport de M. E. POTHERAT.

Messieurs, sous le titre dont je viens de vous donner lecture, M. le Dr Mesley nous a envoyé une observation que vous m'avez chargé de vous rapporter.

Je le ferai brièvement, le cas en lui-même ne comporte pas un très grand développement, et l'auteur a laissé planer un peu trop de doutes dans son exposé. Voici le fait :

Une jeune femme de vingt-quatre ans avait été prise un mois après un premier accouchement, normal d'ailleurs, presque subitement de douleurs dans le bas-ventre, particulièrement au niveau de la partie gauche. Un mois plus tard, apparut au-dessus du pubis, à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction très appréciable, s'accompagnant d'une recrudescence des douleurs et d'une altération de l'état général, avec perte des forces, amaigrissement.

Ces accidents n'avaient pas empêché le retour de couches de se faire normalement, et dans la suite, les règles se continuèrent régulièrement.

Au momeut où le Dr Mesley pratiqua un examen de cette femme (et il ne nous dit pas combien de temps après le début des accidents il fit cet examen), les choses se présentaient de la manière suivante : au palper on sent une tumeur ovoïde siégeant dans la région hypogastrique, sous le muscle grand droit du côté gauche, s'arrêtaut en dedans à la ligne médiane et en dehors à 8 centimètres de cette ligne. En hauteur, la tumeur arrive à 5 centimètres au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic ; en bas, elle s'arrête à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Elle semble plonger dans le bassin.

Au toucher vaginal, l'utérus se montre en bonne position, peu mobile. Le cul-de-sac latéral gauche est empâté. La tuméfaction semble se continuer avec le bord gauche de l'utérus sous la forme d'une masse dure, *immobile*, régulière, assez lisse, non pulsatile, non fluctuante, peu douloureuse à la pression ; dans son ensemble, cette tuméfaction par ses dimensions rappelle le volume d'une tête de fœtus à terme.

Les annexes du côté droit paraissent indemnes. Il n'y a pas de leucorrhée et le col est intact. Il n'y a ni troubles de la miction, ni troubles intestinaux. Mais l'état général est chaque jour plus mauvais et confine à la cachexie.

A l'aide de ces signes, et malgré une *apyrexie complète*, le Dr Mesley se crut autorisé à porter le diagnostic de pyosalpinx gauche avec épaisses adhérences périsalpingiennes. En effet, si nous nous rapportons à sa description clinique, ce diagnostic paraît tout à fait rationnel; quelque infection s'était vraisemblablement produite à l'accouchement, ou dans ses suites, qui s'était propagée aux annexes gauches, peut-être au ligament large lui-même, en tout cas au péritoine circonvoisin.

Une seule chose cadre mal avec ce diagnostic, c'est l'absence de fièvre ; mais nous ne savons pas s'il n'en a pas existé au début et pendant plus ou moins longtemps ; le dépérissement, la cachexie commençante, l'hecticité sembleraient l'indiquer ; nous sommes un peu loin du début au moment présent, l'inflammation peut avoir beaucoup perdu de sa virulence et être devenue apyrétique.

Quoi qu'il en soit, la malade, laissée au repos, est traitée par les injections vaginales et rectales chaudes, le thygénol, etc.

Ce traitement médical ne fait pas disparaître la tuméfaction, et en avril 1909, cinq mois après l'accouchement environ, M. le Dr Mesley se décide à intervenir.

Il fait une laparotomie latérale gauche à travers le muscle grand droit qui est manifestement enflammé, et saigne beaucoup ainsi d'ailleurs que tous les plans de la paroi. Tout d'abord, en raison d'adhérences intimes avec la tuméfaction, le chirurgien ne put entrer dans le ventre ; il dut, pour pouvoir ouvrir le péritoine se porter en-dedans de la masse.

Le péritoine ouvert, M. Mesley vit alors dans le ventre une tumeur adhérente à la paroi antérieure, d'aspect mamelonné, d'un rouge vineux, dont aucun point ne paraissait fluctuant.

En haut, elle se terminait en dôme qui n'était pas adhérent à la paroi abdominale ; ce dôme était coiffé d'une anse intestinale qui s'encastrait en partie dedans et se rétrécissait visiblement sur une longueur de trois centimètres environ.

Voulait-on libérer cette masse, on trouvait tantôt des parties blanches, dures, très résistantes, tantôt un tissu plus friable, se déchirant et surtout saignant beaucoup.

A ce moment, M. Mesley songea à réformer son diagnostic primitif en lui substituant celui de sarcome de l'ovaire ; cependant, ne voyant pas courir à la surface de gros vaisseaux sanguins, il revint à l'idée d'une fausse tumeur de nature inflammatoire et il rechercha avec une nouvelle insistance un plan de clivage. Mais tous ses efforts n'aboutirent qu'à déchirer la tumeur plus friable que ses adhérences et à provoquer un abondant écoulement de sang ; il renonça à pousser plus loin l'intervention, et referma le ventre sans faire plus, en emportant, nous-dit-il, la crainte d'avoir

pratiqué une opération susceptible de hâter la marche d'un cancer inopérable, ou tout au moins inutile. Il ne nous dit pas s'il a refermé totalement ou avec drainage.

Les craintes de notre confrère espagnol étaient exagérées ; la malade fut si peu touchée par l'intervention que dès le deuxième jour elle s'asseyait sur son lit; elle se levait le quatrième jour et le cinquième, elle quittait la clinique où elle avait été opérée ! Vous ne manquerez pas de trouver avec moi ce résultat aussi merveilleux qu'inattendu d'une femme très malade, au seuil de la cachexie, qui se lève quatre jours et rentre chez elle cinq jours après une opération abdominale importante quoique restée presque simplement exploratrice. Mais peut-être les dames des Asturies présentent-elles une résistance et une énergie inconnues de nos régions.

Aucun accident ne suivit l'opération ; l'élimination d'un catgut, vers le quinzième, fut le seul incident à noter dans les suites.

Je n'insiste pas, en effet, sur une menace d'occlusion intestinale au huitième jour, qui inquiéta d'abord l'entourage mais disparut sous l'action d'un purgatif, que la malade s'était d'elle-même prescrit et administré.

L'état général parut s'améliorer lentement, mais progressivement après l'intervention ; toutefois, la tumeur ne semblait pas diminuer ; elle avait même paru un moment s'accroître.

Le docteur Mesley, alors, imagina pour des raisons que je dirai tout à l'heure que sa malade pourrait bien être syphilitique et résolut de la soumettre au traitement hydrargyrique, ou plutôt mixte. Chaque jour, il lui fit prendre un centigramme de biiodure de mercure. Ce traitement, messieurs, fit tout simplement merveille. Au bout de huit jours, la malade avait engraissé d'un kilogramme; au bout d'un mois, elle faisait, *par plaisir*, dix kilomètres à pied. Pendant ce temps, est-il besoin de vous le dire, la tumeur abdominale fondait à vue d'œil. A la fin de la cinquième semaine, le toucher, le palper n'en décelaient plus aucune trace.

La malade était guérie. Et ne croyez pas que ce fut là une apparence de guérison. En effet, Carmina (c'est le nom de la jeune femme) ne tarda pas à devenir enceinte pour la deuxième fois; elle continua pendant sa grossesse le traitement mercuriel, et le 23 mai dernier, un peu plus d'un an après l'intervention chirurgicale, elle accouchait à terme d'une fille bien constituée et, au moment où notre confrère espagnol nous envoyait sa relation, mère et enfant, quoique un peu pâle l'une et l'autre, se portaient tout à fait bien.

Telle est l'observation que nous a adressée le Dr Mesley; il s'en excuse presque en faisant remarquer que la syphilis est chose

fort connue, qui ne mérite guère de retenir votre attention ; mais il se hâte d'ajouter que l'intérêt de son cas réside dans le fait du volume de la tumeur syphilitique, de son développement intra-abdominal, des caractères macroscopiques de cette tumeur qui la faisaient ressembler à un cancer, de la facilité enfin et de la rapidité avec laquelle elle a disparu sous l'influence d'un traitement mercuriel par voie stomacale, et il s'étonne qu'une aussi grosse tumeur ait pu fondre si rapidement sous l'influence d'un traitement mercuriel très modérément intensif, alors que le même traitement, bien souvent, n'arrive pas, ou arrive difficilement à guérir de petites gommes superficielles, qu'on voit quelquefois se montrer rebelles même aux injections mercurielles sous-cutanées.

En résumé, il ne fait pas doute, pour M. le Dr Mesley, que sa malade ne fût affectée de syphilis, et que son affection abdominale ne fût une lésion syphilitique. Est-il dans le vrai ? C'est un point que je vous demande la permission d'examiner. Sur quoi se base notre confrère pour asseoir son diagnostic? Sur les stigmates qu'il a observés chez cette malade, sur les aveux qu'elle lui a faits? Nullement, ou du moins nous sommes autorisés à le penser, car il ne parle ni de stigmates, ni de renseignements particuliers fournis par la malade ou son entourage. Ses antécédents seraient-ils plus démonstratifs? En aucune manière. Elle a perdu sa mère à trente-six ans, d'accidents diarrhéiques qui ont duré vingt et un mois, et qui pourraient bien être dus à de la tuberculose intestinale; d'autant plus qu'un autre enfant, un frère de notre malade, est mort à vingt et un ans de phtisie galopante.

Personnellement, Carmina a toujours été bien portante. L'homme qu'elle a épousé est d'une bonne santé: il est veuf, il est vrai, d'une femme morte en couches d'un enfant qui, lui-même, n'a pas vécu. Mais cet homme n'accuse aucun passé pathologique personnel.

J'ai dit, au début de cet exposé, que c'était un mois après un premier accouchement normal, à terme, que Carmina était tombée malade. Or, ce premier enfant était mort tout à coup, au bout de vingt-sept jours. Quelle fut la cause de cette mort du nouveau-né? Personne ne peut l'indiquer; au moment de sa mort, tout son côté droit était devenu violacé ; c'est tout ce que l'on sut. Et cependant c'est sur ce seul fait que M. Mesley s'est basé pour supposer que la jeune femme pouvait être syphilitique.

Cela ne me paraît pas un argument décisif. Je sais bien qu'il semble corroboré par le résultat du traitement antisyphilitique. Sans rappeler pourtant que le *post hoc, propter hoc* est un axiome tout à fait sujet à caution, et que le *naturam morborum curationes ostendunt*, pour si ancien qu'il soit comme précepte médical,

manque de valeur scientifique réelle, je ferai seulement remarquer que ce traitement antisyphilitique a consisté seulement dans l'ingestion quotidienne d'un centigramme de biiodure de mercure, et que le résultat n'en a pas moins été acquis d'une manière aussi rapide que surprenante. Et l'expression surprenante n'est pas excessive, car elle a causé l'étonnement de notre confrère lui-même, qui a vu souvent des lésions syphilitiques avérées se montrer rebelles à un traitement bien plus intensif.

Aussi ne suis-je pas convaincu par l'argument tiré du résultat obtenu par le traitement antisyphilitique, car il n'est pas démontré que la guérison soit due à l'ingestion du biiodure de mercure. Comme conséquence, je crois qu'il est au moins douteux que la lésion observée par notre confrère des Asturies fût syphilitique.

Je reste convaincu que M. Mesley s'est trouvé en présence de cette lésion assez banale, d'origine infectieuse et puerpérale le plus souvent, qu'on appelle le phlegmon du ligament large, phlegmon non suppuré, sinon tout à fait ligneux, à virulence atténuée, sinon éteinte. Le repos au lit de la malade, les injections vaginales et rectales, le temps lui-même, enfin la laparotomie, les tentatives de libération, et surtout la forte saiguée locale qu'elles ont provoquée, ont amené la résolution progressive, lente d'abord, puis rapide, de cette masse inflammatoire, dont l'évolution a duré cinq à six mois, ce qui est encore dans l'ordre habituel de ces sortes de lésions.

Cette manière de voir, cette conception du cas du Dr Mesley s'accordent, il me semble, très bien avec le mode d'apparition des accidents, avec leur évolution, avec l'aspect des lésions à l'examen extérieur, et même à l'examen intra-abdominal; elle n'a qu'un inconvénient, c'est de faire rentrer l'observation dans un ordre de faits plus banals. Ce n'est pas une raison pour la rejeter.

J'ajouterai, en terminant, que cette conception diagnostique m'est toute personnelle, qu'elle n'enlève rien au mérite et à la valeur du Dr Mesley, qui, dans cette circonstance, s'est montré un chirurgien avisé, instruit, consciencieux et habile. L'observation qu'il nous a adressée demeure très intéressante, et je vous propose d'adresser à son auteur nos félicitations.

Discussion.

M. Bazy. — M. Potherat s'étonne que la malade du Dr Mesley se soit levée au cinquième jour. Ce fait n'est pas tout à fait exceptionnel. On a cité le cas de malades qui s'étaient levées moins de vingt-quatre heures après une laparotomie.

M. Potherat. — Je ne m'attendais pas, messieurs, à ce que ce petit point de mon rapport provoquât les réflexions que vous venez d'entendre de la part de M. Bazy et de M. Quénu. Si nous voulions nous engager sur ce terrain, il nous faudrait évoquer les comptes rendus du Congrès de Chirurgie de 1909, où la question du lever précoce des opérés fut abondamment discutée.

Sans doute, les cas sont nombreux de malades s'étant levées au lendemain, au surlendemain, ou même le soir d'une hystérectomie ou d'une laparotomie. Gillette en a signalé un fait à notre tribune : il s'agissait d'une hystérectomisée qui, la première nuit, se leva pour uriner dans la ruelle de son lit : elle guérit. Une de mes laparotomisées pour kyste suppuré de l'ovaire, fit du délire septicémique, se leva la nuit de son opération et fut se promener dans le jardin. Elle guérit.

Dans ces cas, il s'agit de malades atteintes de troubles psychiques ou de délire ; on ne peut se baser sur ces faits pour établir une règle de conduite. En ce qui concerne la malade de M. Mesley, je vous rappelle qu'il s'agissait d'une malade épuisée, au seuil de la cachexie ; l'opération importante avait une gravité particulière en raison de l'état général, et la malade quitte son lit pour rentrer chez elle, au bout de cinq jours.

— Les conclusions du rapport de M. Potherat, mises aux voix, sont adoptées.

Lecture.

M. Cunéo. — *Anévrisme de la crosse de l'aorte, ligature du tronc brachio-céphalique. Survie depuis cinq ans.*

La communication de M. Cunéo est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Guinard est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Arthrotomie médiotarsienne pour double pied bot varus équin congénital invétéré.

M. Kirmisson. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un jeune homme de vingt ans, auquel j'ai pratiqué il y a dix-sept ans, le 30 novembre 1893, une double arthrotomie médio-

tarsienne pour un double pied botvarus équin congénital invétéré. Aujourd'hui, le résultat est excellent, le malade marche facilement et la statique du pied est normale, sauf pour le pied gauche où il reste un peu d'adduction du talon. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas particulier, c'est que déjà, un an auparavant, un chirurgien avait pratiqué, sur le bord interne des deux pieds, une opération qu'il croyait être une arthrotomie médio-tarsienne, mais qui ne saurait être considérée comme telle, car l'incision ne siégeait nullement au lieu d'élection.

Kyste dermoïde du plancher buccal enlevé par la voie naturelle.

M. Savariaud. — Le grand avantage de la voie buccale est l'absence de cicatrice. Les reproches faits à cette voie d'accès sont le danger de blesser les conduits salivaires, la difficulté de mener à bien la dissection à travers une voie malaisée, la gêne apportée par l'anesthésie et enfin le risque des accidents septiques.

Ces inconvénients ne sont pas chimériques ; toutefois, ils sont très relatifs et je crois que malgré leur réalité la voie buccale constitue la voie de choix tout au moins pour la très grande majorité des kystes du plancher de la bouche.

Dans mon cas, il s'agit d'un jeune garçon d'une douzaine d'années qui a vu se développer depuis trois mois une tuméfaction au-dessous de la langue. Cette tuméfaction fait une saillie visible au-dessous du menton et n'apparaît dans la bouche que lorsqu'on la refoule. Au niveau du raphé médian, la muqueuse buccale a une coloration jaunâtre, la consistance est molle. Je diagnostique un kyste dermoïde.

L'opération est pratiquée sous chloroforme, elle a été assez mouvementée en raison de ce mode d'anesthésie, mais au demeurant plus facile que je n'aurais cru. La muqueuse a été incisée sur la ligne médiane, le kyste s'est trouvé ouvert du premier coup de bistouri. Après évacuation de son contenu semblable à celui d'une loupe mais franchement liquide, j'ai aperçu la paroi jaunâtre du kyste à travers la boutonnière des muscles géniogloses et l'ayant laissée, avec une pince je l'ai extraite sans difficultés. Je ne me suis servi des ciseaux qu'en avant du côté des apophyses géni pour trancher une adhérence.

Comme l'opération n'avait pas été très élégante, ni aseptique, j'ai cru bien faire en tamponnant la poche pendant vingt-quatre heures ; en quoi je crois avoir fait une faute, car malgré les lavages oxygénés très abondants, il s'est fait à la suite une réten-

tion purulente avec œdème du plancher, facies légèrement plombé, douleurs. L'évacuation d'une cuillerée de pus fétide a fait cesser comme par enchantement ces phénomènes alarmants et l'enfant peut être considéré comme guéri aujourd'hui, c'est-à-dire huit jours après son opération.

Une autre fois je suturerai la muqueuse, ou bien je ne ferai aucun drainage, car j'accuse la mèche de s'être imbibée de salive septique (l'enfant à une dent cariée) et d'avoir inoculé le foyer opératoire.

Le kyste à paroi très simple ne présente pas de poils, il avait le volume d'une mandarine.

Discussion.

M. Thiéry. — La cause est entendue ; la voie buccale est la voie de choix ; c'est elle que j'ai suivie tout récemment avec un plein succès.

M. Delorme. — J'ai deux fois pratiqué l'ablation de ces kystes ; ils étaient volumineux. L'ablation en a été facile par la voie sus-hyoïdienne et la guérison a été obtenue par première intention. J'estime que la voie sus-hyoïdienne est préférable à la voie buccale. Quand on opère par la voie buccale, on s'expose à l'infection de la cavité laissée après l'ablation, par les produits septiques de la bouche. On est à l'abri de cet accident quand on fait l'extirpation de dehors en dedans par la voie hyoïdienne. C'est cette voie que je continuerais à suivre chez l'homme. J'aurais peut-être recours à la voie buccale chez la femme.

M. Morestin. — L'extirpation des kystes dermoïdes du plancher doit être toujours pratiquée par la voie buccale, non seulement celle des kystes dermoïdes médians, mais encore des kystes dermoïdes latéraux.

L'incision extérieure ne donne pas toujours autant de commodité qu'on le croirait pour mener à bien cette intervention. J'ai eu l'occasion d'opérer à l'Hôtel-Dieu, en 1908, une jeune femme à laquelle un chirurgien qui est loin d'être le premier venu, avait voulu extraire un de ces kystes latéraux par une large incision sus-hyoïdienne. Celle-ci avait laissé une cicatrice abominable, et pourtant l'ablation avait été incomplète comme en témoignait une prompte récidive. Je fis alors par la bouche l'extirpation du kyste, qui cette fois fut sûrement complète.

Il faut pour obtenir de la voie buccale tout ce qu'elle doit donner, en pareil cas, avoir recours à quelques petits artifices : fixer

la langue à l'aide de plusieurs fils, refouler la tumeur vers la bouche, inciser la muqueuse en demi-cercle au voisinage de la mâchoire, recourir seulement à l'anesthésie locale. J'ai l'habitude de refermer immédiatement la plaie, et d'appliquer un petit tamponnement par-dessus la muqueuse.

Non seulement l'ablation par la voie buccale est la meilleure façon et même la seule bonne façon de traiter les kystes dermoïdes médians ou latéraux, mais encore, à mon avis, elle peut être appliquée à toutes les tumeurs bénignes du plancher de la bouche.

M. Quénu. — J'ai présenté moi-même à cette Société un cas d'extirpation de kyste dermoïde par la voie intra-buccale; j'ai fait toutefois une restriction, lors d'une présentation de M. Morestin, c'est que l'opération ne s'adresse pas à des lésions septiques. Je renouvelle encore une recommandation, c'est que l'état des dents et de l'asepsie buccale soit prise en considération.

M. Fontoynont. — La voie buccale s'impose à Madagascar à cause des kéloïdes que donnent le plus souvent les incisions cutanées dans ce pays.

M. Savariaud. — Je suis de l'avis de M. Quénu. Mon malade avait une dent cariée, j'ai eu le tort de ne pas faire enlever d'abord cette dent, d'où l'accident survenu; je ne retomberai plus dans cette faute.

En matière de kyste latéral, je crois avec Morestin que la voie buccale est la meilleure, bien que je ne l'aie pas employée. A la voie sus-hyoïdienne je reproche non seulement une cicatrice toujours plus ou moins bien dissimulée, mais encore la possibilité de blesser la branche cervicale dn nerf facial ainsi que la chose m'est arrivée sur un de mes amis qui en conserve encore la marque. Si j'avais à recommencer, j'aurais recours à la voie buccale et en cas d'adhérences trop étendues je me rappellerais qu'il y a quelque vingt ans M. Monod communiqua à notre Société un cas de kyste latéral du plancher de la bouche, dans lequel il obtint la guérison grâce à la méthode de Richet, c'est-à-dire en introduisant dans la cavité du kyste préalablement vidé un tampon muni d'un fil et imbibé de chlorure de zinc déliquescent.

M. Monod. — Je me rappelle le fait auquel Savariaud fait allusion. Ma malade a guéri, mais elle a eu un œdème inflammatoire du plancher de la bouche très pénible, qui dura plusieurs jours, et j'ai bien résolu de ne plus jamais recourir, en pareil cas, à la cautérisation au chlorure de zinc suivant le procédé de Richet.

Bec-de-lièvre bilatéral avec promontoire très saillant, sans fente palatine, chez un nourrisson de cinq mois.

M. Savariaud. — Je serais heureux d'avoir l'avis de mes collègues au sujet de ce malade âgé de cinq ans auquel j'ai refait, à l'âge de trois ans et demi, la lèvre par le procédé de M. Jalaguier. Peu de temps après, je lui ai refait le voile et les trois quarts de la voûte, en me servant de la muqueuse vomérienne d'après le procédé du professeur Lannelongue. Il lui reste actuellement une fente du rebord alvéolaire et un petit hiatus triangulaire à travers lequel on aperçoit le cornet inférieur. Je voudrais savoir s'il faut essayer de combler cette brèche ou s'il vaut mieux compter sur la réparation spontanée qui déjà s'est effectuée, ainsi que vous pouvez en juger en comparant cette fente au moulage que je vous présente et qui a été fait il y a un an et demi.

Je demande également si vous pensez que cette fente influe beaucoup sur la prononciation qui est très vicieuse. L'enfant n'a que quatre ans et demi et parle très peu.

Vous remarquerez que cet enfant a des dents absolument saines et que l'ostéotomie du maxillaire aurait probablement pour effet d'altérer et peut-être de détruire les germes de la seconde dentition. M. Ehrmann, qui a bien voulu examiner le sujet, est, en raison de ce fait, partisan de l'abstention.

Je vous demanderai également ce qu'il convient de faire de l'os incisif lorsque, par suite de l'absence de fente palatine, on ne peut espérer pouvoir le refouler en arrière, de façon à l'encastrer entre les deux maxillaires.

Faut-il essayer de l'amoindrir, ce qui entraînera une hémorragie peut-être redoutable pour un enfant aussi jeune, ou convient-il de le réséquer?

M. Ehrmann, qui a bien voulu l'examiner, serait assez disposé à le supprimer, bien qu'il soit, en pareille matière, très conservateur. Dans sa longue carrière, il a eu très rarement l'occasion de voir un cas semblable et c'est une des raisons qui m'ont engagé à vous montrer cet enfant. Or, par un de ces hasards qui ne sont pas rares en clinique, on m'a présenté ce matin un second exemple de cette difformité exceptionnelle dont l'aspect est absolument calqué sur celle-là.

M. Nélaton, M. Morestin donnent leur avis sur la conduite à tenir dans le cas présent.

Appendicite gangréneuse avec péritonite purulente généralisée opérée au bout de quarante-huit heures.

M. Savariaud. — C'est un fait banal à l'hôpital Trousseau d'opérer des appendicites gangreneuses au bout de quarante-huit heures, voire même plus près du début et de trouver une péritonite généralisée que tantôt les symptômes permettaient de prévoir, et qui tantôt, en l'absence de signes, constitue une véritable surprise.

Si je vous présente cet appendice, c'est pour montrer comment un interne intelligent, zélé et observateur minutieux peut laisser passer, pour opérer, l'heure propice, et combien par conséquent la moyenne des praticiens appelés par leur fonction à assister au début d'une crise est incapable de saisir l'opportunité d'une intervention d'urgence et d'imposer avec l'autorité nécessaire une consultation chirurgicale, état de choses fâcheux qui est la conséquence de l'axiome universellement admis par le public, savoir que l'opération à chaud est dangereuse, axiome inexact, quand il est ainsi émis sans commentaires, et qui devrait être remplacé par le précepte suivant : *Toute appendicite vraie, si légère soit-elle, doit être placée sous la responsabilité et la surveillance étroite d'un chirurgien.*

Pour en revenir à mon malade, il s'agit d'un enfant de treize ans qui, ayant eu il y a six mois quelques petites douleurs abdominales qui cédèrent à des purgations, fut pris avant-hier matin de violentes douleurs dans tout le ventre au moment où il se disposait à partir pour l'école. La crise fut vite passée, puisque notre sujet put se rendre à l'école comme à l'ordinaire. Il y passa la journée, y déjeuna de bon appétit et ne rentra qu'à six heures du soir, mais il fut alors repris de ses douleurs, ne dîna pas et se coucha tout de suite. La nuit du lundi au mardi fut mauvaise. Hier matin, il fut pris d'une violente douleur au point de Mac Burney et eut un abondant vomissement verdâtre. Le médecin de la mairie fut appelé, diagnostiqua appendicite et envoya le malade à l'hôpital. A la visite du soir, mon interne M. Massart, qui mérite les compliments que je lui adressais tout à l'heure, qui sait que je ne crains pas l'intervention précoce et que je me dérange au moindre appel, lui trouva un état général tellement bon, et des symptômes si peu alarmants, qu'il ne songea même pas à me prévenir.

La nuit qui suivit l'admission fut excellente et l'accalmie se fit si bien que l'enfant dormit presque tout le temps. Ce matin, je lui trouvai un facies très bon, une température à 37,3, un pouls à 112 un peu faible quoique bien frappé, mais une rigidité de tout l'abdomen, qui était douloureux à la pression. Cet unique symptôme

nouvellement apparu me fit intervenir sur-le-champ et je trouvai le ventre plein de pus avec l'appendice que je vous présente. Vous pouvez constater que l'appendice est énorme ; il contenait un volumineux calcul arrondi, et sa muqueuse, noire comme de l'encre de Chine, était gangrenée sur toute son étendue. Par endroits, la gangrène allait jusqu'à la séreuse.

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que si j'avais vu le malade hier soir, je serais intervenu, car M. Massart avait constaté une douleur diffuse surtout marquée à droite. Ce signe, mis en relief il y a neuf ou dix ans par mon maître le professeur Quénu, est un bon signe d'appendicite grave, gangreneuse, mais comme bien d'autres j'ai constaté qu'il peut manquer et j'ai l'habitude d'intervenir d'urgence quand j'ai la bonne fortune, qui m'arrive assez souvent, de me trouver en présence d'une appendicite au début, bien caractérisée. J'ai eu ainsi le bonheur d'enlever maints appendices gangrenés et entourés de pus, et j'ai eu la satisfaction de guérir très rapidement et très simplement la très grande majorité des malades.

Discussion

M. HARTMANN. — Le fait que vient de nous apporter M. Savariaud mérite qu'on s'y arrête. Il est malheureusement trop fréquent de voir des cas pareils où, par suite de la bénignité apparente des symptômes, on s'en tient au traitement médical préconisé il y a quelques années. Bien des morts en sont la conséquence. Il faut, en présence d'une appendicite à diagnostic sûr, intervenir immédiatement. C'est le seul moyen que l'on ait de se mettre à l'abri d'accidents graves qui se développent souvent d'une manière insidieuse.

A propos du masque ecchymotique de la face. Synonymie : Infiltration ecchymotique diffuse de la face ; asphyxie cutanée cervico-faciale ; masque ecchymotique, par compression thoraco-abdominale.

M. DEMOULIN. — Le jeune A. L..., que j'ai l'honneur de vous présenter, est tombé, sur la voie publique, il y a sept jours, en voulant franchir la bordure d'un trottoir, il a glissé, et, a fait une chûte sur le dos ; il a eu le temps d'apercevoir un autobus qui venait sur lui, à une allure modérée, il fit un violent effort pour se blottir contre la bordure du trottoir, pour se coucher dans le ruisseau, et, l'autobus au moment où il s'arrêtait, l'atteignit cependant, par l'une de ses roues d'avant, à la partie inférieure droite de la paroi abdominale antérieure, y faisant une écorchure superficielle, des dimensions de la paume de la main, à bords ecchymotiques.

Le jeune L..., immédiatement transporté à l'hôpital de la Charité, y fut admis, salle Trélat, lit n° 16, et immédiatement examiné par mon interne M. Le Grand. On ne lui trouva aucune lésion du squelette du tronc, aucun signe de lésion viscérale thoracique ou abdominale, et, il rendit, quelques instants après son admission à l'hôpital, une bonne quantité d'urine claire; son pouls était un peu rapide, mais sans intermittences, sans faiblesse.

Voici en quoi consistait son masque facial ou mieux facio-cervico-thoracique, un peu atténué aujourd'hui, mais cependant encore très net.

Bouffissure de la face, teinte violacée du front, des paupières, légère protusion des globes oculaires, ecchymoses d'un rouge intense sous les conjonctives bulbaires, ecchymoses bleuâtres au niveau des plis, qui séparent les paupières inférieures des joues, teinte violacée, un peu moins foncée que celle du front, sur la lèvre supérieure, sur les ailes du nez, sur la lèvre inférieure, sur la partie inférieure des joues et sur toute la portion du cou sus-jacente au faux col, dont elle suit le bord supérieur et au niveau duquel elle s'arrête nettement.

Sur la partie antérieure du thorax, autre plaque violacée, commençant à la base du cou, suivant la fourchette sternale et le quart interne des clavicules, descendant, en se dégradant progressivement, jusqu'à la partie inférieure du corps du sternum qu'elle déborde à droite et à gauche, jusqu'au niveau de deux lignes à peu près verticales, correspondant au point d'application des bretelles; sous elles, tout aussi bien en avant que sur les épaules et dans le dos, les téguments ont conservé leur coloration normale.

La portion dorsale des bretelles, circonscrit un triangle à sommet inférieur, situé au niveau de leur entrecroisement, à base supérieure remontant jusqu'à la protubérance occipitale externe; l'aire de ce triangle est de coloration bleuâtre.

La pression des doigts, partout où existe la coloration bleuâtre, la fait disparaitre momentanément, mais non les nombreuses macules, véritables pétéchies de coloration rougeâtre, qui parsèment le fond violacé, et dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à la surface d'une très petite lentille.

L'inspection de la cavité buccale y révèle de nombreuses taches rougeâtres, des mêmes dimensions que les macules dont il est plus haut question; sur la voûte palatine, le voile du palais, la portion buccale du pharynx.

Le jeune L... nous a dit qu'il avait la vue un peu trouble, un brouillard devant les yeux, et nous regrettons que le manque d'organisation d'un grand hôpital comme la Charité, ne nous ait pas permis de faire pratiquer l'examen du fond de l'œil; de petites

hémorragies rétiniennes se montrant assez fréquemment, dans le cas qui nous occupe.

Notre sujet, depuis sept jours que nous l'observons, n'a présenté aucun symptôme morbide ; il ne s'est préoccupé que de satisfaire son appétit, d'ailleurs très développé, et de rire de son accident.

Lejars a écrit un excellent article sur le masque facial, dans le n° 16 de la *Semaine médicale*; pour l'année 1905, notre cher et distingué collègue Villemin a fait ici, dans la séance du 7 mars 1906, un excellent rapport sur une observation de Morestin, et a rappelé que tous les faits publiés avant cette observation venaient de l'étranger, et étaient dus à Willers, Berthes, Braun, Neck, Volcker, Wagenmann, Guckel, Pichler, Morian, Barral et Crandon, Winecké, Richard Milner, Joynt, et qu'on arrivait, en les comptant, à un total de 21 cas.

Morestin est revenu depuis sur la question, ici même, avec une bonne radiographie en couleur ; le masque facial commence à être connu chez nous.

Je ne veux pas m'étendre, ici, sur les interprétations pathogéniques de son apparition ; je rappellerai simplement, qu'on l'a considéré comme une conséquence de traumatismes violents du thorax et de l'abdomen, ou des deux à la fois, et qu'on l'a expliqué par la compression brusque des gros réservoirs veineux de ces cavités, déterminant un violent reflux du sang dans le système cave supérieur.

Le seul mécanisme qui me paraisse pouvoir être invoqué chez le jeune L..., est celui de l'effort. Inconsciemment, le blessé, pour éviter, autant que possible, les effets du traumatisme (et il en a l'impression très nette), a fait un effort thoraco-abdominal considérable, et, comme le dit Villemin, dans son rapport, « la pression intraveineuse a dû atteindre des limites auxquelles la résistance des tuniques vasculaires n'est pas préparée, et la preuve que l'effort joue le principal rôle dans la pathogénie qui nous occupe, c'est que ces ruptures vasculaires, à distance, ont été signalées dans les accouchements, les crises convulsives, les vomissements, les quintes de la coqueluche ».

Cancer de la langue développé sur une plaque de leucoplasie resté guéri pendant dix ans.

M. Souligoux. — Le malade, que je vous présente, âgé à l'heure actuelle de quarante-cinq ans, a été opéré par moi le 9 novembre 1901 pour un cancer de la langue, situé à gauche et d'une étendue

d'une pièce d'un franc. Ce cancer s'était développé sur une plaque de leucoplasie buccale. L'examen histologique de la pièce a été fait par M. Lecène, qui a trouvé des globes cornés s'infiltrant dans la profondeur.

A cette époque il n'y avait pas de ganglions appréciables et je n'ai cru devoir pratiquer l'extirpation des ganglions sous-maxillaires et carotidiens. A l'heure actuelle, il se produit une récidive datant de deux mois, et il n'y a pas traces d'envahissement ganglionnaire.

J'ai observé une autre malade que M. Arrou avait opérée pour un cancer leucoplasique de la pointe de la langue sans ablation ganglionnaire et qui récidiva au bout de quatre ans. Je me contentai de lui enlever la nouvelle tumeur sans faire d'ablation ganglionnaire; cette opération date de dix ans, et la malade est restée guérie.

Ces deux observations viennent à l'appui de cette idée que dès qu'une plaque de leucoplasie s'ulcère, il faut immédiatement en pratiquer l'ablation et aussi que le cancer développé sur une plaque leucoplasique est moins infectant que le cancer ordinaire de la langue.

M. Jacob (du Val-de-Grâce) lit une observation et présente un malade atteint de *péricardite tuberculeuse*, incision du péricarde, évacuation de son contenu, suture complète, guérison.

La communication de M. Jacob est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Rochard est nommé rapporteur.

M. Chevassu présente un malade qu'il a opéré d'un *épithélioma de la partie moyenne de l'urètre* et lit l'observation de ce malade.

La communication de M. Chevassu est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Delbet est nommé rapporteur.

Présentation de pièce.

M. Cunéo présente un sarcome kystique pédiculé de l'intestin grêle et lit une note sur ce fait.

La communication de M. Cunéo est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Hartmann est nommé rapporteur.

Le secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. ANDRÉ BOECKEL, remerciant la Société de lui avoir accordé le prix Laborie.

3°. — Une communication de M. GAUDIER, membre correspondant, intitulée: *A propos d'un cas de thymectomie* (voir ci-dessous).

4° — Une lettre de M. JACOB, professeur au Val-de-Grâce, posant sa candidature à une place de membre titulaire.

A propos de la correspondance.

A propos d'un cas de thymectomie, suivie de mort,

par M. le Dr GAUDIER, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, membre correspondant de la Société.

Le 1er février dernier, on amène à ma consultation de l'hôpital Saint-Sauveur un enfant de dix mois, qui présente des troubles de gêne respiratoire depuis six semaines, survenant brusquement et de la manière suivante : A la suite d'un accès de colère, il perd connaissance, devient violet, en proie à une dyspnée violente qui, au début, durait quelques minutes, mais depuis quinze jours se

calme moins vite, et se renouvelle plus souvent; dans l'intervalle des crises, la voix est normale; la nuit, dès qu'il est couché, sa respiration prend un timbre spécial, il corne, *il fait le coq*. L'examen de l'arrière-nez, de la gorge et des poumons, pratiqué la veille, le 31 janvier, a été négatif. C'est un gros enfant, né à terme, sans antécédents héréditaires ni personnels; il présente une adipose assez accentuée, et son aspect est celui d'un *myxœdémateux*. Le diagnostic de *compression de la trachée par un gros thymus* s'impose devant l'histoire de cet enfant, et je me dispose à intervenir de suite.

Au moment où on le sépare de sa mère, il est pris d'un accès de colère, suivi immédiatement d'une crise; l'enfant tombe, se cyanose, ne respire plus; les pupilles sont dilatées au maximum; les veines du cou ne sont pas gonflées. Sans m'attarder à la respiration artificielle qui ne produit aucun effet, après passage à l'iode du champ opératoire et des mains, sans aucune anesthésie, cela se comprend, j'incise sur la ligne médiane du cartilage thyroïde à 1 centimètre au-dessous de la fourchette sternale; rien ne saigne, les plans musculaires, sterno-mastoïdiens et sterno-thyroïdiens sont vite écartés d'un coup de sonde cannelée; la face antérieure de la trachée est libre, mais en arrière de la fourchette sternale et profondément, on sent à bout de doigt un corps mou qui est saisi dans les mors d'une pince de Kocher, et qu'on tente d'amener doucement au niveau de la fourchette; à ce moment, l'enfant qui *semblait mort*, et que je n'opérais que par acquit de conscience (plus de cinq minutes s'étant passées depuis le début de la crise), fait une respiration; je m'assure que je tiens dans les mors de la pince un feuillet aponévrotique; je l'incise d'un coup de pointes de ciseaux, et alors jaillit, dans un effort expiratoire, une masse gris jaunâtre, d'aspect graisseux, qui est le *thymus*. Il est rapidement énucléé à l'aide de la sonde cannelée, et extrait sans difficulté, L'enfant respire tout à fait normalement à ce moment-là; il crie et a repris sa mine colorée; le lobe thymique paraît avoir été enlevé en totalité, il est allongé verticalement, friable, et pèse 5 grammes; sa loge paraît entièrement libre et peut contenir facilement le médius; comme il y a un léger suintement, je tamponne légèrement avec une mèche de gaze, et ferme la plaie par deux points de suture; l'opération n'a pas duré huit minutes. L'enfant est alors placé dans une des salles; rien de particulier pendant le premier jour; la respiration est aisée et les cris n'amènent plus le retour des accès de dyspnée antérieurs. Cependant, on est frappé du fait qu'il existe du hoquet avec des secousses diaphragmatiques violentes. La nuit se passe sans encombre; le lendemain, la mèche est enlevée; la plaie ne suinte

pas; le hoquet persiste, et la température s'est élevée (39 degrés). A l'auscultation, on ne constate que quelques râles de bronchite du côté gauche; la journée ne présente rien de spécial, mais la température monte toujours, malgré le traitement institué, bain et sinapisation thoracique, et le 3 février, quarante-huit heures après l'intervention, à l'heure de la visite, l'enfant meurt avec 41 degrés, sans cyanose ni dyspnée, mais avec un hoquet persistant.

Je procède de suite à l'examen de la région : la plaie est déjà réunie par première intention; la loge thymique ne contient aucune sécrétion; je fais sauter le plastron sterno-costal et je constate : *qu'au-dessous de la loge thymique vidée dans l'intervention, séparée d'elle par le tronc brachio-céphalique veineux gauche, il existe une masse thymique volumineuse couchée sur le péricarde auquel sa capsule adhère intimement*; *elle est bilobée et le nerf phrénique gauche est englobé dans sa masse, il faut le disséquer aux ciseaux pour l'en séparer. Cette masse extraite pèse* 13 *grammes*; *il aurait été impossible de l'extraire par l'incision ordinaire de la thymectomie et, d'ailleurs, elle ne paraissait présenter aucun contact avec le lobe enlevé. C'était un thymus trilobé, dont nous avions énucléé le lobe moyen.*

Il existait un léger degré de congestion du lobe pulmonaire inférieur gauche; le poumon droit était intact; gros vaisseaux et nerfs du cou intacts; le corps thyroïde pesait 5 grammes; il n'y avait aucune lésion de la trachée qui n'était pas ramollie au niveau du point précédemment comprimé. L'examen anatomo-pathologique des pièces enlevées sera donné ultérieurement.

Nous avons tenu à rapporter cette observation parce que c'était le premier cas de thymectomie que nous pratiquions, que nous avions, malgré le dramatique de l'intervention et devant les résultats *immédiats* obtenus, escompté un résultat *définitif satisfaisant*, et que la suite et les constatations *post mortem* nous étonnèrent fort.

Certes, nous savions bien, après le rapport de Marfan et les travaux de Veau et Olivier, que la thymectomie devait être *partielle* et *sous-capsulaire*; nous savions aussi que les enfants atteints de cornage thymique sont sujets à la bronchite et à la congestion pulmonaire; qu'une opération d'urgence, faite dans une salle moins bien chauffée qu'une salle d'opération, malgré toutes les précautions prises, expose à plus de complications; mais, d'autre part, la résistance de l'enfant, la respiration devenue normale, le peu de lésions pulmonaires constatées après la mort et n'ayant pas paru pouvoir la provoquer, paraissent devoir écarter un décès par pneumonie post-opératoire, et alors, en se rappelant le hoquet

qui a persisté jusqu'à la mort, et l'enclavement du phrénique gauche dans le lobe thymique, il est permis de se demander si, à côté des accidents de compression trachéale dus au lobe moyen et supérieur du thymus, et que l'intervention avait conjurés, comme cela se passe d'habitude, il n'y avait pas une autre cause de troubles respiratoires dus à la compression du phrénique; on sait que la compression de ce nerf a été invoquée dans le cas de mort subite (*mort thymique*), et que Cruchet, devant le faible volume de la plupart des thymus enlevés, pense que la compression nerveuse est la cause la plus vraisemblable des accidents.

Sans vouloir conclure, et tout en estimant au contraire que la compression doit être la cause des accidents de cornage, ce qui légitime l'intervention dans ces cas, nous pensons que l'observation que nous venons de relater peut amorcer la publication de faits analogues qui éclaireront peut-être la pathogénie des accidents dus au thymus chez l'enfant (et qu'on doit avoir toujours présents à l'esprit, parce que souvent mal catalogués), et aussi l'histoire des suites opératoires.

Les cas opérés, suivis de mort, et cités par Veau, ne reconnaissent pas comme cause du décès une symptomatologie post-opératoire semblable à celle que nous avons décrite plus haut.

A propos de la communication de M. Demoulin sur le masque ecchymotique de la face.

M. Souligoux. — M. Demoulin, en vous communiquant un cas de masque ecchymotique de la face, a dit : « Lorsque M. Villemin vous a fait un rapport sur ce sujet, en mars 1906, à propos d'un cas de Morestin, il n'a pas trouvé d'autres observations françaises, tous les faits publiés venant de l'étranger. »

Je suis très étonné que M. Villemin n'ait pas lu mon article du Traité de chirurgie (affections de la poitrine), il y aurait trouvé, page 791, la description suivante : Un homme, âgé de trente-sept ans, entre dans le service de M. Reynier, en 1889, après avoir été serré entre la courroie et la poulie d'une machine dont il mettait le volant en mouvement. Quand il arriva à l'hôpital, il était sans connaissance, la bouche pleine de caillots; *la face était bleuâtre, du sang s'écoulant par le conduit auditif externe*; *les paupières étaient noires, ecchymosées, les conjonctives infiltrées de sang. Toute la région antérieure du cou, le dos, présentaient un piqueté hémorragique.* Le récit précis de l'accident par les témoins, l'absence des contusions de la tête firent éliminer la fracture du crâne à

laquelle on avait pensé tout d'abord. Le malade guérit d'ailleurs, après avoir fait les frais d'une pneumonie traumatique. Il s'agit bien là d'un cas de masque ecchymotique de la face, dont mon ami Morestin s'est fait le parrain en lui donnant ce nom qui le dépeint si bien.

Quant au mécanisme de sa production, je ne puis croire qu'un simple effort, si violent soit-il, puisse, surtout chez un jeune sujet, déterminer une pareille suffusion sanguine. Son cas ne me semble pas probant, car cet enfant a bien subi un traumatisme violent puisqu'il fut atteint par l'une des roues d'avant de l'autobus qui lui fit une contusion ecchymotique, des dimensions de la paume de la main, à la partie inférieure droite de la paroi abdominale antérieure.

Sur les accidents éloignés dans les traumatismes craniens.

M. Lucien Picqué. — Mon ami Delbet, dans la communication qu'il a bien voulu faire à la suite des considérations que j'avais développées dans mon récent rapport sur les accidents éloignés qu'on peut observer dans la sphère psychique chez les anciens traumatisés du crâne, déclare avoir été frappé de la proportion des syphilitiques. Il en conclut que cette maladie joue un rôle capital dans la genèse de ces accidents.

Parmi ceux qu'il a observés, il signale les crises épileptiques, mais j'en réserve aujourd'hui l'étude parce que j'ai préparé sur le sujet un travail que je vous communiquerai très prochainement, et je veux m'en tenir à la paralysie générale.

Dans le cas qu'il nous a cité, il s'agissait d'une malade observée par lui dans son service de Laënnec pour une fracture de la base du crâne.

Il la revoit à Sainte-Anne dans ses fonctions d'expert. Elle présente alors les signes de paralysie générale.

Je tiens à faire remarquer qu'il ne nous signale comme phénomène psychique que le délire des grandeurs caractérisé par la croyance de la maladie à un héritage prochain et qu'il ne nous dit rien des symptômes qu'elle a pu présenter du côté du système moteur.

Il soutint devant ses coexperts, et je cite ses propres paroles :

« Que tout en reconnaissant que cette intoxication et cette infection (la syphilis) avait très probablement joué un rôle considérable, personne n'avait le droit d'affirmer que le traumatisme n'avait eu aucune action sur l'évolution des symptômes encéphaliques et que

cette malade avait droit à une indemnité ». Il ajoute encore à ses coexperts : « Avez-vous le droit de déclarer que l'on peut se fracturer le crâne impunément?

Quel est donc celui d'entre vous qui pourrait affirmer que si cette malade ne s'était pas fracturé la boîte cranienne, sa syphilis aurait évolué de cette façon? »

Dans la courte réponse que je lui ai faite et qui n'avait d'ailleurs d'autre but que de demander à notre Président de m'inscrire à une séance ultérieure, Delbet a cru que j'avais exprimé la pensée qu'il avait, dans ce cas, opposé la donnée de la syphilis à celle du traumatisme. J'ai simplement déclaré qu'il mettait ces deux données en présence et qu'ainsi il soulevait une importante question au double point de vue de la pathologie pure et de l'application de la loi sur les accidents du travail.

Je viens aujourd'hui justifier cette manière de voir.

Avant que la ponction lombaire ait pénétré dans la pratique, le problème du rôle de la syphilis dans les accidents éloignés du traumatisme avait une position toute spéciale.

Il était exclusivement basé sur la clinique.

On admettait et on admet encore que le traumatisme est susceptible de produire d'emblée la paralysie générale en dehors de la syphilis.

J'insiste sur ce point important.

Deux cas peuvent se produire. Tantôt les accidents surviennent très longtemps après le traumatisme : dans ces conditions, la filiation est contestable, tant sont fréquents les cas où la syphilis reste ignorée.

On tend dès lors à admettre que dans le plus grand nombre des cas, la paralysie générale est indépendante du traumatisme et qu'elle s'est développée sous l'influence d'une syphilis méconnue.

C'est la conclusion qu'adoptèrent dans leurs thèses mes élèves Violet et Froissard, internes des asiles.

Tantôt la paralysie générale survient comme dans le cas de Delbet peu de temps après le traumatisme.

La filiation semble alors évidente.

Mais on se heurte encore à un délicat problème clinique.

Il ne suffit pas en effet de la constatation pure et simple de la paralysie générale.

Il faut établir si elle a été réellement postérieure au traumatisme, et Delbet ne nous dit pas qu'il en a été ainsi dans son cas.

Celle-ci a pu débuter avant le traumatisme et les aliénistes sont d'accord pour affirmer combien les débuts de cette maladie sont parfois insidieux et difficiles à reconnaître.

On a bien essayé de démontrer que la symptomatologie de la

paralysie générale est susceptible de varier quand elle reconnaît une origine traumatique ou qu'elle relève de la syphilis.

Mais les auteurs sont loin de s'entendre à cet égard. La question restait ainsi autrefois le plus souvent insoluble, et certains aliénistes en raison de tendances spéciales profitaient des difficultés de la clinique pour faire là, comme ailleurs, échec au traumatisme dans la genèse des accidents cérébraux.

Aujourd'hui, la situation est bien changée, grâce à la ponction lombaire. Quand celle-ci est positive, nous pouvons affirmer que le malade est syphilitique.

Le problème se trouve dès lors simplifié. La lésion doit être considérée comme syphilitique. La paralysie générale n'ayant pas besoin du traumatisme pour évoluer, l'action de celui-ci peut être rejetée. Quand d'autre part le malade est reconnu non syphilitique, les lésions doivent être mises exclusivement sur le compte du traumatisme.

Conclusion simpliste, me direz-vous, mais qui répond à l'immense majorité des cas.

Or, une nouvelle question se pose qu'il convient maintenant d'envisager. La syphilis et le traumatisme peuvent-ils réagir l'un sur l'autre ?

C'est alors que le problème se complique à nouveau, car rien n'est moins démontré à l'heure actuelle que cette action réciproque.

J'ai déjà eu l'occasion d'envisager ce point de la question avec notre collègue Auvray dans une précédente communication.

Le traumatisme agit-il ainsi que beaucoup d'auteurs le supposent comme un agent provocateur, à titre de cause occasionnelle chez un sujet déjà syphilitique ?

Doit-on admettre au contraire la thèse de Kraft Ebing que j'ai développée devant vous, à savoir que le traumatisme crée un terrain de prédisposition à la paralysie générale et facilite l'apparition des lésions caractéristiques de cette affection?

Cette interprétation ne pourrait aisément se comprendre que par l'intermédiaire des lésions diffuses qui entraînent au moment du traumatisme le syndrome de commotion cérébrale et qui ont été si magistralement décrites par Duret.

Delbet, d'ailleurs, ne nous dit pas dans quel état clinique était sa malade à son entrée dans le service.

Quoi qu'il en soit, on conviendra que nous sommes ici sur le terrain des pures hypothèses, ainsi que je l'ai dit dans ma réponse à Auvray, et c'est là que le pathologiste s'éloigne de l'expert.

On comprend que celui-ci, dans un sentiment de justice bien

légitime, fasse bénéficier la victime d'un accident des lacunes de la pathologie, et tienne le langage de Delbet à ses coexperts.

Mais on admettra bien qu'il ne s'agit encore là que d'une hypothèse vraisemblable, mais nullement démontrée.

Le pathologiste au contraire se montre plus exigeant parce qu'il doit s'en tenir à l'objectivité des faits.

Dans le cas de lésions circonscrites, il a bien le droit d'affirmer, grâce aux constatations antérieures qu'il a pu faire au cours de nécropsies, la filiation chez un sujet non syphilitique, d'ailleurs, entre les troubles mentaux et l'accident initial.

De même, en présence des lésions systématisées du système nerveux qui caractérisent la paralysie générale, l'absence de toute modification cytologique du liquide céphalo-rachidien peut lui permettre de formuler des conclusions analogues; mais les faits sont rares encore.

Mais lorsqu'en présence des mêmes lésions, la syphilis est démontrée par les résultats de la ponction lombaire, comme dans le cas de Delbet, toute conclusion doit être à mon sens tenue pour prématurée en ce qui concerne le rôle de la syphilis dans la genèse des accidents cérébraux consécutifs aux traumatismes craniens. Telle est ma conclusion.

Rapport.

Sarcome kystique fuso-cellulaire pédiculé de l'intestin grêle. Ablation. Guérison, par M. BERNARD CUNÉO.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Le sarcome de l'intestin grêle est loin d'être exceptionnel. Notre assistant, M. Lecène, qui en avait rassemblé 84 cas dans sa thèse inaugurale de 1904, en a réuni 89 observations dans un second mémoire qu'il a publié dans la 3e série de nos *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (1).

L'observation, que nous a apportée M. Cunéo, mérite cependant de figurer dans nos Bulletins, à cause des dispositions spéciales et exceptionnelles que présentait la tumeur.

OBSERVATION. — A... (François), âgé de soixante-deux ans, entre à l'hôpital Lariboisière, en juin 1910, pour une volumineuse tumeur abdominale.

(1) Hartmann. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 3e série. Paris, Steinheil, éditeur, 1907.

Le début de la maladie semble remonter à quatre ans; c'est, du moins, à cette époque que A... s'est aperçu que son ventre commençait à grossir; il prétend que cette augmentation de volume date d'un jour où il a eu la sensation que « quelque chose s'était décroché dans son ventre ».

L'augmentation de volume fut lente et progressive. Au début, le malade ne nota aucune douleur. Mais peu à peu se montrèrent des crises douloureuses paraissant siéger dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs étaient surtout marquées le soir et semblaient augmentées par la fatigue.

Dans ces derniers mois, les phénomènes douloureux se sont notablement accrus; le volume du ventre s'est accentué; le malade a maigri. C'est en raison de l'aggravation de ces symptômes qu'il entre à l'hôpital pour se faire opérer.

L'état actuel (25 juin 1910) est le suivant : à l'interrogatoire, il déclare présenter, presque tous les jours, des douleurs assez vives dans la partie droite du ventre; il souffre des reins; il accuse également des vertiges. Il ne présente ni vomissements ni signes de gêne dans la circulation des matières. Il n'a jamais eu de mélæna. Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'examen physique nous montre que A... ne présente pas d'altération apparente grave de son état général, bien qu'il déclare avoir perdu ses forces et avoir notablement maigri.

L'abdomen est très augmenté de volume. Un examen un peu attentif montre que cette augmentation n'est pas symétrique et porte surtout sur le côté droit. La peau ne présente aucune altération. Il n'y a pas de circulation veineuse supplémentaire. L'ombilic n'est pas saillant.

La palpation montre la présence d'une volumineuse tumeur occupant toute la partie droite de la cavité abdominale. Cette tumeur dépasse la ligne médiane. Elle s'étend en hauteur du rebord des fausses côtes à l'arcade crurale. Elle est lisse, régulière, arrondie, à grand axe vertical. Elle est légèrement sensible à la palpation. En la saisissant entre les deux mains, on constate qu'elle est mobile et peut être déplacée vers la ligne médiane.

Cette tumeur est rénitente, mais ne présente pas de fluctuation nette.

La palpation brusque détermine en certains points une sorte de crépitation très spéciale. A la percussion, elle est mate sur toute son étendue.

En haut, la matité de la tumeur se continue avec la matité hépatique. A gauche, on trouve la sonorité intestinale. Il n'existe pas de bande sonore en avant de la tumeur.

La matité hépatique ne remonte pas au-dessus de sa limite normale.

L'examen des autres viscères ne présente rien de spécial. On note simplement un certain degré d'emphysème et de bronchite chronique.

L'examen cystoscopique permet de constater le fonctionnement normal des deux uretères et d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur du rein droit. Mais aucun diagnostic précis ne fut posé, et on resta hési-

tant entre l'hypothèse d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie et celle d'un kyste du mésentère.

Opération. — Le 27 juin, je pratiquai une laparotomie au niveau du bord externe du muscle droit du côté droit. L'ouverture du ventre montra l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, de couleur blanchâtre, présentant l'aspect d'un kyste de l'ovaire. Le volume de la tumeur, gênant l'exploration nécessitée par la recherche des connexions de la tumeur, je pratiquai une évacuation partielle de celle-ci par une ponction. Cette dernière donna issue à environ un litre et demi d'un sang noirâtre assez altéré. Il fut alors facile de contourner la masse. Après avoir libéré des adhérences assez lâches qu'elle présentait au niveau de son pôle pelvien, je pus la luxer hors de la cavité abdominale. Je constatai alors que son pédicule était constitué par une anse grêle que la masse avait attirée avec elle hors de l'abdomen. La surface du kyste adhérait intimement au bord convexe de l'intestin sur une longueur de 5 à 6 centimètres et sur une largeur de 1 à 2 centimètres. C'est à ce niveau que se trouvait le pédicule vasculaire de la tumeur. Celui-ci était représenté par des vaisseaux émergeant du mésentère, croisant la face latérale droite de l'anse intestinale et venant se ramifier à la surface du kyste. Détail intéressant : au moment où ces vaisseaux croisaient l'intestin, ils envoyaient une petite branche à une masse arrondie, du volume d'une cerise, placée à la surface de l'intestin.

Le kyste put être détaché de l'intestin, mais la lumière de celui-ci fut ouverte sur une étendue de 2 ou 3 centimètres. Les vaisseaux furent liés en même temps qu'était enlevée la petite masse juxta-intestinale. L'intestin fut fermé par un double surjet total et séro-séreux, et le ventre refermé sans drainage.

Les suites opératoires ne présentèrent rien d'intéressant à signaler, sauf une hémorragie intestinale notable qui se manifesta par du mélæna, trois jours après l'opération, et de violents accès de toux dus à une poussée de bronchite.

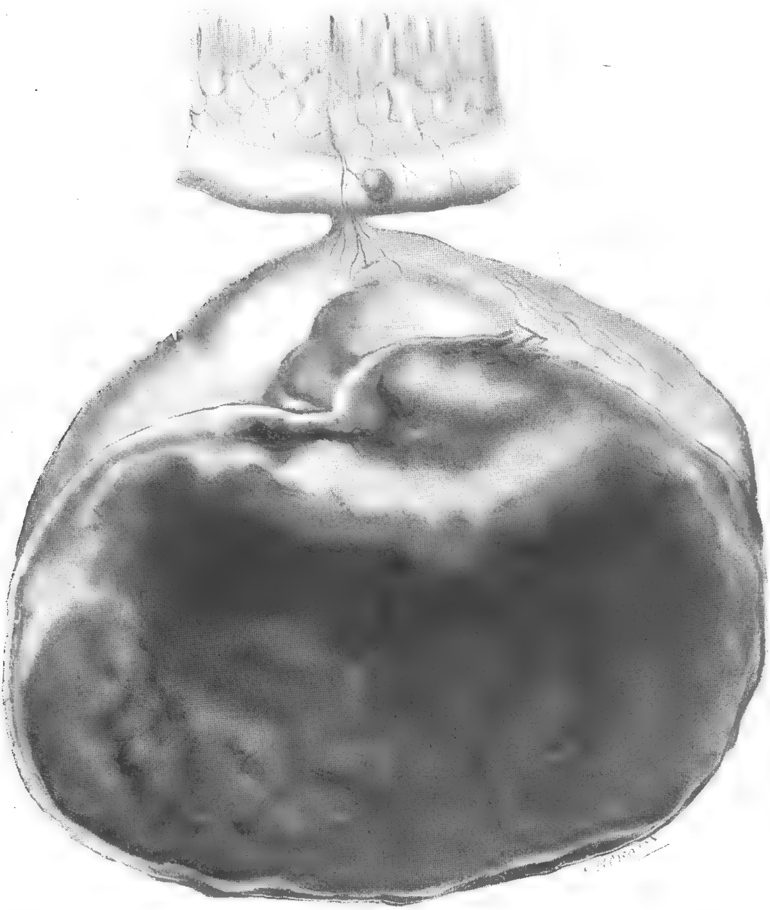
Le malade sortit de l'hôpital le 27 juillet.

Revu deux mois après, le malade était dans un excellent état de santé. Il n'y avait aucun signe de récidive. Le fonctionnement de l'intestin était normal. Mais il existait une éventration au niveau de la partie inférieure de l'incision abdominale.

Examen de la pièce. — A. *Description macroscopique.* La pièce affecte la forme d'une grosse masse arrondie, ayant le volume d'une tête d'adulte. Sa surface lisse, régulière, de coloration grisâtre, présente en certains points une teinte violacée. Au niveau de la zone qui répondait à l'implantation sur l'intestin et qui ne dépassait pas l'étendue d'une pièce de 50 centimes, on voit des vaisseaux qui divergent pour se répandre sur toute l'étendue de la tumeur.

Lorsqu'on incise celle-ci, on voit qu'elle constitue une sorte de poche, dont l'épaisseur varie considérablement suivant les points. La paroi de cette poche est formée par un tissu grisâtre, de consistance

assez ferme. Lorsqu'on se rapproche de la cavité, ce tissu prend un aspect rougeâtre, comme s'il était infiltré par du sang. La plus grande partie de la poche est, d'ailleurs, tapissée par de véritables caillots. Le contenu est formé par du sang plus ou moins altéré.



B. *Examen histologique*. L'examen de la pièce a été pratiqué en plusieurs points ; mais, sauf certains détails, la structure nous a toujours paru sensiblement identique.

La coupe la plus intéressante est celle qui passe par le pédicule de la tumeur.

A *un faible grossissement*, on aperçoit, au niveau de l'un des bords de la coupe, les débris de la paroi intestinale. La muqueuse fait défaut, mais il reste la sous-muqueuse dans laquelle on voit de nombreux amas lymphoïdes. Au-dessous se trouve la musculaire intestinale, aplatie, mais non envahie. Plus profondément commence le tissu néo-

plasique. Celui-ci est constitué par des cellules fusiformes, à noyau volumineux. De volume très inégal, elles se groupent en faisceaux, coupés sous les incidences les plus diverses.

Le tissu néoplasique est d'une extrême richesse vasculaire. Les vaisseaux, dont quelques-uns atteignent de grandes dimensions, ont tantôt une paroi propre avec quelques fibres musculaires, tantôt, au contraire, ne sont limités que par un simple endothélium. Quelques-uns d'entre eux sont rompus et entourés d'une nappe hémorragique. Lorsqu'on se rapproche du centre de la tumeur, ces hémorragies se multiplient et il n'existe bientôt plus qu'une masse formée par du sang épanché plus ou moins altéré suivant les points. Au niveau de certaines zones, on voit les bourgeons néoplasiques pénétrer dans l'épaisseur de caillots anciens.

Les *petits nodules* placés à la surface de l'intestin présentaient une structure analogue à celle de la tumeur principale.

Il s'agit donc d'un sarcome fuso-cellulaire télangiectasique.

Comme on le voit à la lecture de l'observation, le cas de M. Cunéo peut être étiqueté : *sarcome kystique pédiculé de l'intestin grêle*. Cette variété de sarcome est tout à fait exceptionnelle.

Dans les mémoires de M. Lecène on ne trouve qu'un fait qui puisse en être rapproché, celui de Lange (1).

Depuis lors, nous avons publié ici même une observation de sarcome pédiculé de l'intestin opéré dans notre service par M. Lecène. Ce cas très spécial avait été rencontré chez une malade atteinte de neurofibromatose généralisée (2) et pouvait être rapproché d'une observation analogue de Recklinghausen.

Enfin en 1907, M. Grégoire (3) a relaté un cas de sarcome de l'intestin grêle qui, au point de vue anatomique, présente de grandes analogies avec celui de M. Cunéo.

M. Grégoire pense que dans son observation le néoplasme s'est développé aux dépens de restes du canal omphalo-mésentérique. Son élève Boissieu (4), dans sa thèse, cite encore un cas de Sherperd (5), qui paraît concerner un sarcome pédiculé au début de son évolution.

Au total nous ne trouvons donc que *cinq cas de sarcome pédiculé de l'intestin*. On pourrait peut-être en rapprocher certains kystes entéroïdes et quelques observations publiées comme sarcomes primitifs du grand épiploon. On en trouve dans la thèse de

(1) Lange. *Hygiea*, Stockholm, 1902, t. I, p. 373.

(2) Hartmann. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1910.

(3) Grégoire. *Arch. génér. de Chir.*, 1er juillet 1907.

(4) Boissieu. Contribution à l'étude des sarcomes de l'intestin grêle, et en particulier des sarcomes d'origine vitelline. *Thèse de Paris*, 1908.

(5) Sherperd. *The Montreal medical Journal*, avril 1908, p. 274.

Bonamy (1), qui semblent nés dans le côlon transverse; un cas de Schmidlechner (2) semble être parti de l'intestin grêle. En l'absence de détails précis il est toutefois difficile d'être fixé sur le point de départ exact de la tumeur dans ces cas.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on ait sur ces cas d'interprétation douteuse, il reste établi que la forme pédiculée du sarcome de l'intestin grêle est tout à fait exceptionnelle, fait qui contraste avec la fréquence relative du sarcome pédiculé de l'estomac, dont Burgaud (3) a réuni 33 cas dans sa thèse, dont Muscatello (4) et Lofaro (5) ont publié aussi des observations. Point intéressant à relever, il s'agit presque toujours dans ces cas de sarcomes gastriques pédiculés, comme dans le sarcome intestinal de M. Cunéo, de la forme fuso-cellulaire.

L'identité anatomo-pathologique de ces sarcomes pédiculés de l'estomac avec ceux de l'intestin mérite, comme le remarque M. Cunéo, dans les commentaires dont il fait suivre son observation, d'être notée parce qu'elle nous montre que la pédiculisation et l'indépendance presque absolue de rapport avec les tuniques du tube digestif sont insuffisantes pour légitimer l'hypothèse, émise par M. Grégoire, d'un développement aux dépens de restes du conduit omphalo-mésentérique.

Aussi, tout en regardant comme une éventualité possible le développement aux dépens de débris vitellins, M. Cunéo pense qu'il n'existe aucun argument probant en faveur de ce point de départ.

Un dernier point peut être soulevé à propos du cas de M. Cunéo, celui de la conduite opératoire suivie.

M. Cunéo a simplement enlevé la tumeur, extirpant en même temps deux nodules développés au-dessous de la séreuse de l'anse intestinale. Il eût été évidemment préférable de faire la résection de l'anse, l'avenir eût été ainsi mieux assuré. Ce qui a conduit M. Cunéo à limiter au minimum son intervention, c'est que l'âge avancé et l'état général précaire du malade exigeaient une opération simple et rapide. Aussi ne saurions-nous le blâmer de n'avoir pas fait le traitement de choix et de s'être borné à un traitement de nécessité.

(1) Bonamy. Des sarcomes primitifs du grand épiploon. *Thèse de Paris*, 1907.

(2) Schmidlechner. *Pest. med. chir. Presse*. Budapest, 1904, p. 229.

(3) Burgaud. Le sarcome primitif de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1908.

(4) Muscatello. Di un grosso sarcoma cistico pedunculato dello stomaco, *Soc. méd. chir. de Pavie*. Milan, 1906.

(5) Lofaro. Zwei Fälle von primären Magencarcinom, *Deutsch Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1909, t. 101, p. 478.

En terminant, je vous propose d'adresser nos remerciements à notre collègue pour sa très intéressante observation et de nous souvenir de son nom lorsque nous aurons à nommer un membre titulaire de notre Société.

Discussion.

M. POTHERAT. — Je rappelle un fait qui m'est personnel et que j'ai lu ici à l'époque où j'étais, je crois, bien candidat au titulariat. J'ai déjà eu l'occasion de signaler ce fait.

Il s'agissait d'un sarcome kystique fuso-cellulaire, ainsi que le démontra l'examen fait par mon ami Noël Hallé. La tumeur développée chez une femme d'âge moyen simulait par son siège, son volume, sa forme, sa consistance, par tous ses signes physiques, un kyste de l'ovaire et c'était le diagnostic que j'avais porté. Cette tumeur avait un volume supérieur à une forte tête d'adulte. Elle était insérée à vrai dire non pas sur l'intestin grêle, mais sur le mésentère du grêle, tout près du bord adhérent du tractus intestinal, au centre même de l'abdomen. La tumeur n'était pas précisément pédiculée, mais presque; car malgré son volume, sa grande surface, elle n'était insérée que par une surface très étroite, grande à peu près comme une pièce de cinq francs. Par cette surface lui arrivaient des vaisseaux d'ailleurs peu volumineux et qu'il fut facile de lier. La surface cruentée fut enfouie sous un surjet séro-séreux du mésentère. Cette grosse tumeur vivait surtout aux dépens d'adhérences vasculaires conclues avec le grand épiploon. A la coupe, la tumeur était homogène, elle présentait partout le même aspect; elle était creusée d'une quantité considérable de géodes à contenu séreux ou séro-hématique.

J'ai pu suivre l'évolution ultérieure du mal chez cette malade: elle a survécu cinq ans, elle a succombé à une récidive sous forme de généralisation sarcomateuse à l'abdomen.

M. BAZY. — C'est à propos des dernières phrases du rapport de M. Hartmann, relatives au mode opératoire et à l'avenir de l'opéré, que je prends la parole.

Puisque M. Hartmann a rapproché les sarcomes pédiculés de l'estomac de ceux de l'intestin, je dirai que pour les mêmes raisons que M. Cunéo, j'ai fait une simple section du pédicule au ras de l'estomac; or, ce malade a été opéré il y a trois ans au moins, et il se porte très bien.

J'avais fait une simple section du pédicule pour abréger l'opération qui avait déjà été assez longue à cause d'adhérences nom breuses.

Le malade avait déjà subi de notre part une tentative opératoire et pendant qu'on lui lavait le ventre, sa tumeur avait subitement disparu et en même temps le malade avait une syncope dont nous avons eu beaucoup de peine à le tirer.

Aussi, lors de la seconde, étions-nous ménagés du chloroforme et avions-nous hâte de terminer le plus tôt possible.

M. Monprofit. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la rare et curieuse observation de M. Cunéo rapportée par M. Hartmann ; je pense que la conduite tenue par notre collègue a été parfaitement justifiée, et qu'elle amènera un excellent résultat. Je veux seulement, comme Hartmann, faire observer que d'une façon générale, une résection plus ou moins étendue de l'intestin pour l'ablation des tumeurs malignes, qui lui sont adhérentes, donnerait peut-être une sécurité plus grande.

M. Hartmann. — J'ai été très intéressé par les communications de nos collègues Potherat, Bazy et Monprofit. L'observation de M. Potherat, qui m'avait échappé, mérite de nous arrêter un instant. Le sarcome kystique, identique à celui de M. Cunéo, avait son implantation sur l'intestin au voisinage de l'insertion mésentérique. Il est donc impossible de penser à un point de départ dans des vestiges du conduit vitellin. Déjà en rapprochant les sarcomes pédiculés de l'intestin de ceux de l'estomac, M. Cunéo avait été amené à dire que l'hypothèse de M. Grégoire ne reposait pas sur une base inattaquable. L'observation de M. Potherat vient confirmer son opinion.

Comme notre collègue Monprofit et ainsi que je l'ai dit dans mon rapport, l'indication opératoire est évidemment de faire une résection plus étendue, segmentaire de l'intestin. Mais, ainsi que je l'ai ajouté, nous ne pouvons blâmer M. Cunéo d'avoir fait une simple excision de la zone d'implantation. Son malade était âgé, l'état général précaire, il a tenu à assurer la guérison immédiate.

Les observations de MM. Potherat et Bazy, où la récidive ne s'est produite qu'au bout de cinq ans ; dans une le malade est indemne de toute récidive après trois ans écoulés, nous montrent que même avec ces interventions limitées, on obtient sinon des guérisons définitives, tout au moins des survies considérables et que par conséquent on rend de réels services aux malades.

Les conclusions du rapport de M. Hartmann, mises aux voix, sont adoptées.

Communication.

Anévrisme de l'artère axillaire gauche traité par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné. — Considérations sur l'application de cette méthode aux anévrismes des membres,

par M. LE DENTU.

Au mois de mars 1905, je vous ai présenté un malade qui avait été atteint d'un anévrisme traumatique du creux poplité et de la région jambière supérieure, et que j'avais guéri entièrement par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné (1). Permettez-moi de vous rappeler les principales particularités de cette observation, avant de vous exposer le cas qui fera le principal objet de cette communication.

La tumeur, volumineuse et très superficielle, occupait la moitié inférieure de la région poplitée et descendait jusqu'à $0^m,17$ à $0^m,18$ au-dessous de l'interligne articulaire. La cicatrice de la blessure que le malade s'était faite quelque temps auparavant avec un couteau, siégeait à $0^m,12$ au-dessous de l'interligne. Comme le point de bifurcation du tronc tibio-péronier se trouve à $0^m,10$ ou $0^m,11$ au-dessous du même interligne, l'instrument vulnérant, selon qu'il avait pénétré obliquement de bas en haut, ou perpendiculairement, avait dû blesser le tronc tibio-péronier à sa partie inférieure ou l'une de ses branches de bifurcation, plutôt la tibiale postérieure. D'autre part, le sac empiétait sur la zone du creux poplité occupée par la moitié inférieure de l'artère poplitée. On sait aussi que celle-ci s'arrête à 6 centimètres au-dessous de l'interligne, et que là est l'origine de la tibiale antérieure. Le tronc tibio-péronier a donc 4 à 5 centimètres de longueur.

Ni à droite ni à gauche, on ne sentait la pédieuse; elle était donc anormale des deux côtés. A gauche, côté de l'anévrisme, *la tibiale postérieure ne battait pas.*

Les battements de l'anévrisme étant très superficiels, la situation était menaçante. La circonférence du membre au niveau du point culminant de la tumeur était de 41 centimètres. Vu le danger de l'extirpation pour les anévrismes bas du creux poplité, je songeai d'emblée à traiter ce malade par les injections de sérum gélatiné, mais après une préparation qui me parut indispensable. Elle consista dans le repos au lit, dans la flexion modérée de la jambe sur la cuisse et dans une régulière et douce compression

(1) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1905, p. 295.

exercée avec des bandes de crépon depuis le pied jusqu'au-dessus du creux poplité. Cette préparation, *poursuivie pendant quatre semaines*, eut pour résultat de réduire la circonférence du membre de 41 à 38 cent. 5, mais elle n'amena pas de changements sensibles dans le sac.

Alors seulement, la jambe ayant été défléchie, le traitement par le sérum gélatiné fut commencé. J'employai le sérum gélatiné à 2 p. 100 stérilisé à 115 degrés. Sept injections profondes de 200 centimètres cubes de sérum dans le tissu graisseux de la fesse, réparties sur deux mois, amenèrent une guérison complète que vous avez pu constater ici même, à la présentation du malade. Par des nouvelles datant du mois d'octobre 1909, j'ai su qu'elle s'était maintenue; or, le traitement avait eu lieu quatre ans auparavant.

Cette observation a été publiée *in extenso* dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* (1).

Peu de temps après, notre collègue, M. Nélaton, voulut bien me proposer de traiter par la même méthode une malade atteinte d'un anévrisme de l'artère axillaire gauche. C'était une dame de soixante ans, sèche et maigre, très nerveuse. La tumeur, commençant immédiatement au-dessous de la clavicule, longue de plus de 0^m07 sur 0^m05 de large, battant sur toute son étendue, d'une consistance uniforme, représentait un renflement régulier du vaisseau, si régulier qu'il s'agissait certainement d'un anévrisme fusiforme. Comme Lancereaux comptait peu sur le traitement au sérum gélatiné pour ces sortes d'anévrismes, je ne me souciais pas beaucoup d'intervenir cette fois par ce moyen. Je consentis toutefois à essayer, tout en faisant beaucoup de réserves relativement au résultat.

Les injections furent commencées le 20 mai 1905. En voici le détail :

27 mai	180 cent. cubes	de sérum	à 2 p. 100.
5 juin	200 cent. cubes	—	—
15 juin	200 cent. cubes	—	—
27 juin	200 cent. cubes	—	—
8 juillet.	180 cent. cubes	—	—
17 juillet.	180 cent. cubes	—	—
24 juillet.	200 cent. cubes	—	—
1er août.	200 cent. cubes	—	—
11 août	200 cent. cubes	—	—
22 août	200 cent. cubes	—	—

En tout dix injections de quantités ayant varié entre 180 et 200 centimètres cubes. L'abaissement de la quantité a été motivé

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1905, t. LIII, p. 365.

par les réactions douloureuses occasionnées par le traitement. Jamais aucun accident local ne s'est produit.

J'ai noté au cours du traitement, à des intervalles irréguliers, les dimensions suivantes :

	LONGUEUR	LARGEUR
	—	—
Dimensions primitives	0,075	0,05
Une semaine après la première injection .	0,065	0,04
Puis successivement	0,05	0,035
—	0,055	0,035
—	0,05	0,035
—	0,045	0,03
—	0,045	0,035
—	0,053	0,035
—	0,043	0,033
—	0,045	0,035
—	0,045	0,033
—	0,043	0,033

Il est à remarquer qu'à partir de la cinquième injection, les dimensions ne descendirent plus au-dessous de 0m045 en longueur et de 0m035 environ en largeur. Dès la deuxième injection, *le souffle avait considérablement faibli. Il avait entièrement cessé après la troisième*, et la tumeur avait durci; mais ces changements favorables avaient eu une assez pénible contrepartie. Outre la fièvre, conséquence inévitable de ces sortes d'injections, mais montant seulement à 38°1, au maximum, et une fatigue générale très accusée, elles provoquaient de vives douleurs au niveau de l'anévrisme, avec des irradiations dans le cou et le bras, et une série de phénomènes bizarres et très insolites, tels que : douleurs abdominales en ceinture, accompagnées de borborygmes, violentes douleurs de ventre, crachotements de sang, nausées.

La malade m'apprit que déjà, avant le commencement du traitement, il lui était arrivé d'expulser quelques crachats sanguinolents.

Sur sa demande, le traitement fut interrompu, et elle rentra chez elle à la fin d'août, presque trois mois après être venue se faire soigner à Paris.

J'ai revu et réexaminé avec soin cette dame en novembre 1909, plus de quatre ans après le traitement. Des modifications frappantes se sont produites à la longue. La portion de l'artère axillaire dilatée en anévrisme n'a plus que 3 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large; au-dessous de l'anévrisme proprement dit, l'artère est un peu dilatée sur une longueur de 1 centimètre. Au niveau de la tumeur, les battements sont plus forts qu'au-dessus et au-dessous, mais on n'entend absolument pas de

souffle. Le pouls de la sous-clavière au-dessus est exagéré, mais un peu de scoliose gauche explique ce fait. Le vaisseau est ainsi repoussé en avant et plus superficiel. La radiale aussi bat fort.

La malade se plaint de cuissons dans la poche anévrismale, de démangeaisons en avant, d'une sensibilité assez vive au contact et à la pression, de douleurs sous le bras et dans l'épaule, mais ces sensations diverses ne sont-elles pas en rapport avec l'état d'éréthisme nerveux général dans lequel cette dame dit se trouver?

Voilà donc un résultat incomplet sans doute, mais tout à fait probant, relativement à l'influence exercée sur les anévrismes même fusiformes des membres par les injections de sérum gélatiné. Je crois avoir le droit de me demander si la prolongation du traitement un temps suffisant n'aurait pas donné une guérison complète; malheureusement la malade, un peu rebutée par les inconvénients, dont certains très personnels, que le traitement avait causés, ne voulut à aucun prix se soumettre à une nouvelle série d'injections.

Vous pourriez croire, après l'exposé de ces deux faits favorables, que je suis disposé à mettre cette méthode en face du traitement sanglant des anévrismes, comme une rivale digne de votre préférence. Détrompez-vous. Ce n'est pas après avoir défendu les droits des ligatures périphériques dans le traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'aorte, après avoir relevé les beaux succès de l'extirpation dans le traitement des anévrismes, du creux poplité, que je pourrais être tenté de proclamer la supériorité du sérum gélatiné. D'ailleurs, en ce qui concerne les anévrismes des membres, notre expérience est vraiment trop courte, et pris, en bloc, les résultats ne sont pas suffisamment démonstratifs.

Nous savons que M. Reynier a traité de la sorte un anévrisme poplité et, après l'avoir amélioré, en a fait l'extirpation. Il vous a aussi montré une malade atteinte, ainsi que la mienne, d'un anévrisme sous-claviculaire qu'il a extirpé après l'avoir beaucoup réduit par les injections gélatineuses. Nous savons que M. Venot a échoué dans un cas de tumeur poplitée après 18 injections, et s'est décidé alors à en faire l'ablation. Et vous ignorez peut-être qu'un chirurgien belge a observé la gangrène du pied et de la jambe après une seule injection. Voici le fait :

En septembre 1903, M. Moreau, chirurgien de l'hôpital de Charleroi, reçoit dans son service un malade porteur d'un anévrisme du creux poplité, mou, pulsatile, soufflant, long de 12 centimètres

sur 3 de large (1) ! Après quelques soins cet homme sort de l'hôpital, pour y rentrer en novembre. Le 17, on lui injecte 200 centimètres cubes de sérum à 5 p. 100. Immédiatement fièvre à 39 degrés, pouls à 120; puis la jambe se tuméfie, des signes de mortification évidents se manifestent et l'amputation de la cuisse, tout à fait inévitable, est faite le 18 décembre. Le sac était entièrement rempli par un caillot. Malheureusement l'observation est très incomplète et les détails anatomiques manquent de clarté.

Notre collègue conclut ainsi : « Une solution à 5 p. 100 peut donner des résultats aussi désastreux que l'extirpation totale de l'anévrisme... Je crois qu'il est plus prudent de suivre l'exemple de M. Le Dentu et de n'employer, pour commencer du moins, que des solutions de gélatine à 2 p. 100. »

Si ce résultat fâcheux s'explique par une trop grande concentration de la solution, l'échec de M. Venot peut au contraire avoir eu pour cause véritable l'insuffisance de la quantité injectée chaque fois : 30 grammes d'une solution à 2 p. 100.

Je crois que c'est se condamner par avance à l'insuccès que d'employer de si faibles quantités; elles peuvent être hémostatiques mais non coagulantes. La méthode ne sera donc digne de quelque confiance que si la technique en est bien réglée. J'admets que pour les premières injections on ait recours à une solution à 1,5 p. 100; qu'on n'injecte que 100 à 150 grammes; mais si on ne croit pas pouvoir arriver rapidement aux doses de 150 à 200 centimètres cubes d'une solution à 1,5 ou à 2 p. 100, il me semble qu'il vaut mieux renoncer de suite à l'emploi de la méthode.

On a dit qu'avant d'y recourir il était nécessaire de se rendre compte de l'état de la circulation anastomotique, de rechercher avec attention les pulsations dans les artères de la jambe et du pied. A coup sûr la précaution est utile, et il y aurait négligence coupable à ne pas la prendre, mais l'expérience a montré qu'on ne pouvait pas faire fond absolument sur la présence ou l'absence du pouls des tibiales. Je pourrais citer tel cas, celui de Faure, où l'extirpation de l'anévrisme poplité a été suivie de gangrène, quoique l'absence du pouls rétromalléolaire et pédieux permît de présumer que la circulation anastomotique était établie, et tel autre, celui de Guinard par exemple, où le succès, rendu problématique par la persistance des pulsations des tibiales, a couronné cette même intervention. En réalité, il n'y a pas plus d'aléa dans la méthode des injections que dans l'extirpation; la première n'est

(1) *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet 1905, et *Zentralbl. f. Chir.*, 1906, p. 392.

pas plus aveugle que la seconde. La vraie différence qui les sépare, c'est que la méthode de Lancereaux et Paulesco n'a pas encore suffisamment fait ses preuves pour le traitement des anévrismes des membres, tandis que les cas d'extirpation sont déjà assez nombreux pour qu'on puisse juger de la valeur de la méthode radicale.

Brillante, elle l'est incontestablement, et rien que dans les Bulletins de cette Société j'ai relevé, depuis 1897, date de la publication du grand article de Pierre Delbet dans notre *Traité de Chirurgie clinique*, jusqu'à ce jour, 23 cas, si je ne me trompe, d'anévrismes du creux poplité, dont 2 présentés sous la rubrique « Anévrismes du tronc tibio-péronier traités avec succès par l'extirpation »; mais j'ai relevé aussi 4 cas de gangrène ayant nécessité l'amputation de la cuisse, ce qui fait une proportion de 17,40 p. 100 de mauvais résultats.

Si cette méthode est satisfaisante, on ne peut pas dire qu'elle représente le *nec plus ultra* du progrès. Il est donc permis de chercher encore le mieux en dehors d'elle. Il serait tout à fait prématuré et imprudent de prétendre que la méthode du sérum gélatiné réalise déjà ce mieux désirable. Je n'en crois rien pour mon compte, mais on peut prévoir l'impossibilité de songer à une opération sanglante chez un sujet affaibli, atteint de troubles cardiaques ou pulmonaires ou de telle maladie incompatible avec l'anesthésie générale ou rachidienne, ou qui tout simplement n'en voudrait pas. Dans un cas pareil, les injections de sérum gélatiné offriraient une ressource qu'on n'a pas le droit de dédaigner.

Quant à l'objection élevée contre elle par certains physiologistes, que les injections sous-cutanées de sérum gélatiné n'augmentent pas la coagulabilité du sang, il me semble que les expériences de Dastre et Floresco, qui datent de 1896, et que celles de Carnot ont confirmées, sont suffisantes pour l'écarter.

Ce qu'il lui faut, pour prendre une place dans la thérapeutique des anévrismes chirurgicaux, c'est d'être étudiée et connue à fond, c'est d'avoir sa technique bien réglée, c'est d'être appliquée judicieusement et prudemment. C'est pourquoi j'ai jugé utile d'attirer votre attention sur elle, de la défendre ici avec certains de mes collègues et particulièrement avec M. Reynier, qui en a une expérience étendue. Je n'ai pas pu me proposer un autre but en prenant la parole sur ce sujet.

Discussion.

M. Savariaud. — Les deux faits rapportés par M. Le Dentu sont des plus intéressants et il semble bien que dans ces deux cas la guérison soit l'effet du traitement suivi. Cependant on pourrait

demander à M. Le Dentu si, dans ses deux cas, la circulation sanguine était intense ou au contraire languissante dans les poches anévrismales; si l'anévrisme était fusiforme ou sacciforme. On sait en effet que dans cette dernière variété le sang stagnant dans la poche à tendance a se coaguler sur les aspérités de la face interne de l'anévrisme.

Ce qui me fait garder cette réserve en présence des deux beaux succès de M. Le Dentu, c'est que dans deux cas que j'ai observés le résultat n'a pas été très en faveur du sérum gélatiné. Dans ces deux cas, l'un m'est commun avec mon maître M. Reynier, c'est celui auquel M. Le Dentu a fait allusion; dans ce cas, le résultat du traitement gélatiné ne fut pas tellement excellent, puisque le malade dut subir l'extirpation de son anévrisme. Dans le second, il s'agissait d'un vieillard assez cacochyme porteur d'un anévrisme poplité fusiforme. Le traitement gélatiné fut appliqué avec patience, constance et conviction, suivant la méthode de Lanceraux, Paulesco. On lui fit de 10 à 15 injections d'une centaine de centimètres cubes de la solution à 2 p. 100. Ces injections furent bien supportées, mais le résultat fut négatif; il y eut quelques alternatives de mieux et de pire, et finalement le malade, lassé, sortit de l'hôpital.

Ces deux insuccès ne m'empêcheront cependant pas d'essayer à nouveau ce traitement, car d'après ce que j'ai vu il est peu douloureux et dépourvu de danger.

M. Reclus. — J'ai traité par le sérum gélatiné un anévrisme artério-veineux du sinus caverneux. J'ai obtenu une guérison; la malade toutefois est morte de la rupture ultérieure d'un autre anévrisme.

M. Ch. Monod. — M. Le Dentu nous a dit avoir relevé les cas rapportés dans les Bulletins de la Société de Chirurgie. Nous avons, mon ami Vanverts et moi, eu occasion, pour des travaux récents, de parcourir un très grand nombre de faits d'anévrismes publiés en France et à l'étranger, et je n'ai pas le souvenir d'en avoir trouvé un seul démonstratif en faveur de l'emploi des injections de sérum gélatiné.

Je dois ajouter cependant que je suis très frappé par ce que vient de nous dire M. Le Dentu sur l'importance qu'il y a à recourir en pareille circonstance à une bonne technique, et particulièrement à injecter une quantité suffisante (150 à 200 grammes) de sérum gélatiné à un titre relativement peu élevé (50 p. 100).

Je ne saurais dire, n'ayant pas étudié les observations de près à ce point de vue, si cette technique a toujours été suivie dans les cas

dont nous avons eu connaissance. Je serais tenté de croire qu'il n'en a pas été ainsi, car il est difficile d'invoquer uniquement l'argument de l'heureuse série dans les cas de M. Le Dentu, qui a, comme il vient de nous le dire, obtenu un succès complet dans l'un et une amélioration considérable dans l'autre.

M. Hartmann. — Je n'ai employé les injections de sérum gélatiné que dans un cas, qui évidemment n'est pas comparable à ceux de M. Le Dentu, mais qui cependant peut être produit au cours de cette discussion au point de vue de l'action coagulante ou nulle des injections de sérum gélatiné. Il s'agissait d'un malade porteur d'un anévrisme de la sous-clavière rompu. Pour me mettre dans les meilleures conditions possibles, je fis à plusieurs reprises des injections de 150 à 200 centimètres cubes de sérum gélatiné au voisinage immédiat de l'anévrisme. Le résultat fut nul, la poche continua à s'étendre et le malade succomba à une hémorragie formidable par rupture extérieure de la poche.

M. Le Dentu. — Dans mon premier cas, l'artère tibiale postérieure ne battait plus. C'était un anévrisme sacciforme, à parois minces, donc cas favorable. Mon deuxième cas était un anévrisme fusiforme.

J'ai rencontré dans mes recherches un anévrisme artério-veineux du sinus caverneux traité par M. Reynier où la guérison a été obtenue par une seule injection de sérum gélatiné, mais après ligature de la carotide.

Mes deux cas vous montrent que cette méthode mérite d'être prise au sérieux. Je n'ai que des prétentions très modestes pour elle; je désire seulement qu'elle ne tombe pas dans l'oubli,

---

Présentations de malades.

Grossesse à terme et épithélioma du col. Opération de Porro. Hystérectomie totale ultérieure.

M. Walther. — Je vous présente une mère et son enfant; leur état apparent témoigne du bon résultat de deux interventions successives, l'une de chirurgie obstétricale, pratiquée par un accoucheur, l'autre de chirurgie gynécologique, pratiquée par un chirurgien.

Cette femme était entrée à la Maternité le 27 septembre dernier,

au terme d'une quatrième grossesse, en plein travail; on trouva à l'examen un épithélioma du col; mon collègue et ami le Dr Macé, aussitôt mandé, pratiqua d'urgence une opération de Porro dont vous pouvez apprécier le plein succès.

Deux mois plus tard, je la reçus dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, et, trouvant un épithélioma encore bien limité au col, un moignon utérin mobile, sans infiltration néoplasique apparente des ligaments larges, je fis l'ablation large de ce qui lui restait d'utérus.

L'opération me permit de constater quelques particularités intéressantes, notamment une atrophie très accentuée de la base des ligaments larges, et des artères utérines, résultant sans doute de l'ablation antérieure du corps utérin; atrophie de la vascularisation pelvienne contrastant d'une façon frappante avec la vascularisation exagérée du vagin.

Nous avons, je crois, rarement occasion d'intervenir dans des cas semblables; pour ma part, c'est la première fois que je le fais, et plusieurs de nos collègues que j'ai interrogés à ce sujet m'ont dit ne l'avoir jamais fait. Il m'a donc semblé intéressant de vous apporter cette observation.

Voici tout d'abord le résumé de l'observation prise à la Maternité, que je dois à l'obligeance de M. Macé :

Résumé de l'observation de la Maternité. — G..., quarante ans, entre à la Maternité, le 27 septembre 1910, à 8 heures du soir, en travail depuis la veille au soir.

Terme de la grossesse : huit mois et demi.

Début du travail : 26 septembre, 10 heures du soir (douleurs).

Poche des eaux rompue le 27 septembre, à 2 h. 30 du soir.

Examen à l'entrée. — Utérus développé transversalement.

Palpation : siège incliné dans la fosse iliaque droite. Excavation vide.

Auscultation : bruits du cœur fœtal normaux.

Toucher : dilatation comme une pièce de 5 francs. Membranes rompues. Dans l'orifice utérin, on sent une partie fœtale qui présente les caractères d'un pied (présentation de *siège incliné, décompleté, mode d'un pied*).

Le bord gauche du col présente des bourgeons durs : *néoplasme du col.*

Diagnostic : femme multipare, ayant un *néoplasme du col*, en travail depuis vingt-deux heures, membranes rompues, dilatation 5 francs; présentation : siège incliné, décompleté, mode d'un pied.

Intervention le 27 septembre, à minuit : M. Macé; aide : M. Houzel. Anesthésie au chloroforme.

Opération. — Incision transversale du fond de l'utérus. Extraction d'un enfant né étonné, ramené par insufflation, du poids de 2.750 gr. Extraction incomplète du délivre.

Opération de Porro. Suites opératoires bonnes. La malade a quitté la Maternité le quarante-cinquième jour.

Voici maintenant l'observation recueillie dans mon service :

G... (Léa), quarante ans, entre le 27 novembre 1910 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, dans le service de M. Walther, pour un néoplasme du col de l'utérus.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une hernie étranglée à soixante-treize ans. Mère morte d'une maladie d'estomac (?).

Antécédents consanguins. — Quatre frères bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-sept ans, indolores, irrégulières; durée : quelques jours. Scarlatine à vingt et un ans; congestion pulmonaire à trente-deux ans.

Quatre grossesses :

Première, terminée par accouchement prématuré; naissance d'un enfant vivant à 7 mois et demi.

Deuxième, à terme.

Troisième, fausse couche de quatre mois.

Quatrième, terminée par césarienne suivie de l'opération de Porro.

Examen. — Cicatrice qui commence à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et s'étend sur une longueur de 15 centimètres, passant à gauche de l'ombilic.

Palpation : ventre souple, pas douloureux.

Toucher vaginal : col gros, dur surtout au centre; les lèvres du col sont d'une dureté ligneuse, irrégulières et érodées à leur face interne par une ulcération peu profonde qui occupe la cavité cervicale. Moignon utérin mobile. Culs-de-sac souples et non douloureux. Aucune induration appréciable des ligaments larges, ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal.

Examen au spéculum. — Col du volume d'une prune. Muqueuse congestionnée. Sérosité sanguinolente suintant de cette muqueuse. Bosselures au niveau du museau de tanche.

Examen d'une parcelle prélevée dans la cavité cervicale (M. Touraine).

« Tumeur maligne en pleine activité ; très probablement un endothéliome développé aux dépens des vaisseaux du col de l'utérus. Végétations cancéreuses très abondantes et jeunes. Par places, début de dégénérescence colloïde. »

Etat général assez bon, mais amaigrissement très notable. La malade a nourri son enfant au sein et ne l'a sevré que pour entrer à l'hôpital.

Urine : ni sucre ni albumine.

Cœur et poumons : rien à noter.

Appétit bon; digestions régulières.

Pas de ganglions en aucune région.

Opération, le 2 décembre. — M. Walther. Aide, M. Stern. Chloroforme, M. Penot. Anesthésie au chloroforme, appareil de Ricard, après injection préalable de scopolamine-morphine. Désinfection du vagin et de la paroi abdominale à la teinture d'iode.

1er *Temps vaginal.* — Incision circulaire du vagin à sa partie moyenne et dissection de la partie supérieure du vagin; paroi très friable, vascularisation très développée. Suture en bourse de la collerette vaginale, enfouissant un petit tampon de coton hydrophile, imbibé d'iode et bien exprimé qui est placé sur l'orifice du col. Hémostase de toute la zone de décollement vaginal qui saigne en nappe d'une façon anormale.

2e *Temps abdominal.* — Résection de la cicatrice de l'opération antérieure. A l'ouverture du péritoine, on trouve des anses antestinales adhérentes à la paroi antérieure et ces adhérences sont assez fortes. Ce sont d'abord, dans la zone péri-ombilicale, trois anses d'intestin grêle qu'il est possible de décoller assez péniblement avec les doigts, puis une quatrième anse dont les adhérences très intimes, fibreuses, doivent être libérées au bistouri.

Dans la zone sous-ombilicale, on libère progressivement et plus facilement ici, d'adhérences moins rétractées, une cinquième anse, puis une sixième et enfin une septième. Cette libération des anses intestinales met à nu l'adhérence du moignon utérin à la cicatrice abdominale, adhérence qui se présente sous la forme d'un cordon fibreux ayant environ 5 centimètres de long et le volume du petit doigt.

A la partie postérieure du moignon utérin est adhérent le côlon pelvien, qui est libéré au doigt.

Le moignon utérin se présente alors comme un petit noyau à peine saillant formant le centre d'une croix de quatre replis péritonéaux très accentués, très détachés du plan pelvien ; les deux ligaments ronds en avant, les deux ligaments utéro-sacrés en arrière.

Pincement et section des ligaments ronds. Incision transversale du péritoine antérieur et décollement de la vessie.

Dissection de la base du ligament large en commençant très loin en dehors, suivant le procédé habituel. Rien ne saigne, et cette absence de vascularisation forme un contraste très frappant avec la vascularisation exagérée du vagin.

Il semble que toute la base du ligament large soit atrophiée à la suite de la résection de l'étage supérieur et du corps utérin. Les tissus sont comme sclérosés ; il n'y a pas de tissu cellulaire dans la base du ligament large.

Les artères utérines sont atrophiées au point qu'on a grand'peine à découvrir une artériole filiforme qu'on identifie uniquement à cause de sa situation. Les uretères, recouverts par un tissu sec, dense, rétracté, sont fort difficiles à disséquer et ne peuvent être mis à nu et libérés comme d'ordinaire.

On ne trouve ni ganglions, ni tissus d'apparence suspecte. Cet état paraît dû à de la paramétrite scléreuse et à l'atrophie consécutive à l'hystérectomie du corps.

L'opération est terminée par un cloisonnement péritonéal, avec drainage vaginal par une mèche et un drain.

Suture de la paroi, deux plans au catgut, peau aux crins, avec trois points au crin en un plan.

Suites de l'opération, très simples. Pas d'élévation de température.

La malade a quitté la Pitié au commencement du mois de janvier en parfait état.

Vous la voyez aujourd'hui, de bonne apparence, ayant repris un peu d'embonpoint. Je l'ai examinée avant-hier. La cicatrice vaginale est souple et mobile.

Son enfant, une fillette de quatre mois, est aussi, comme vous en pouvez juger, en parfait état.

Fracture de cuisse sus et intercondylienne au tiers inférieur, avec hémarthrose du genou traitée par la méthode ambulatoire.

M. Savariaud. — Si je ne vous présente pas plus souvent des fractures de cuisse traitées par la méthode ambulatoire, il ne faudrait pas en conclure que je l'ai abandonnée par suite de difficultés dans l'application ou par suite de déboires. La raison en est plus simple, c'est que depuis que je suis devenu chirurgien d'enfants, je n'ai plus que des occasions fort rares de l'appliquer sur l'adulte, pour lequel seul le traitement ambulatoire présente de l'intérêt.

Grâce à l'extrême obligeance de mon maître M. Reynier, j'ai pu appareiller ce blessé à l'hôpital Lariboisière deux jours après son accident. Il présentait avec une fracture au tiers inférieur une volumineuse hémarthrose du genou. Avec l'aide d'un seul infirmier, sans anesthésie, sans pelvi-support, je lui appliquai l'appareil que j'ai déjà décrit dans l'espace de quelques minutes. Trois jours après, je lui fis faire ses premiers pas, avec des béquilles et une semelle surélevée. Depuis lors il n'a pas passé une journée sans se lever. Le 40e jour je lui ai enlevé l'appareil qui était devenu trop lâche et je ne l'ai point renouvelé, car la fracture était suffisamment consolidée pour faire marcher le blessé avec des béquilles. Je profitai de l'ablation de l'appareil pour faire assouplir le genou, enraidi par l'immobilisation et surtout par l'hémarthrose.

Actuellement, 63 jours après l'accident, vous pouvez constater que le blessé appuie franchement sur ses deux jambes, que le membre est consolidé en position rectiligne, avec au maximum 2 centimètres de raccourcissement dont on ne s'aperçoit pas à l'œil, car le malade compense ce faible raccourcissement par l'abaissement de l'épine iliaque correspondante.

Je vous rappelle que mon appareil permet la marche pendant le jour et l'extension continue pendant la nuit. Il se compose d'une botte d'égoutier fendue en arrière. Cette botte ressemble à

la gouttière d'Hergott, avec cette différence que l'attelle plâtrée se place en avant du membre au lieu de se mettre en arrière et que l'étrier est appliqué à l'aide des compresses longuettes de l'appareil de Scultet au lieu d'être appliqué avec des bandes.

Hydronéphrose double chez un enfant malgache de huit ans.

M. Fontoynont. — La tumeur abdominale dont je vous présente la photographie et que je n'ai pas opérée à cause du refus des parents, donnait au ventre de ce petit Hova de huit ans un aspect très extraordinaire. Elle débordait monstrueusement de chaque côté du ventre. Je ne crois pas pouvoir l'attribuer à une autre cause qu'à une hydronéphrose double vraisemblablement congénitale, parce que j'ai assisté moi-même à des alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur coïncidant avec une émission considérable d'urine. Très régulièrement tous les sept à huit jours après une période d'oligurie, il se produisait une émission abondante d'urine. Dans les premières vingt-quatre heures de cette émission un des côtés de l'abdomen, tantôt le droit, tantôt le gauche, s'affaissait; le lendemain, c'était le tour du second. Les jours suivants, les deux côtés augmentaient de volume à peu près simultanément et concurremment cette fois; puis le cycle recommençait.



Je crois cette observation intéressante, car si je ne puis affirmer avoir eu affaire à une lésion double congénitale, et ceci parce qu'il est difficile de croire ce que vous racontent les indigènes, affirmatifs cependant pour me dire que cette affection datait de la jeune enfance, néanmoins une lésion congénitale des voies urinaires paraît bien probable vu cette bilatéralité et la sorte de jeu de bascule qui s'opérait dans les émissions urinaires.

Présentation de pièce.

Une balle de revolver dans une vésicule biliaire.

M. Riche. — Le 14 novembre dernier, on apportait dans mon service de Bicêtre, à dix heures un quart, le nommé Ch... Georges, vingt-six ans, qui s'était tiré, à une heure du matin, un coup de revolver à bout portant dans la région de l'hypocondre droit. Il avait eu quelques nausées, mais pas de vomissement.

Son facies était peu altéré, son pouls bien frappé. L'orifice d'entrée de la balle, noirâtre, se trouvait dans le huitième espace, à 2 centimètres en dehors de la ligne mamillaire, à 3 centimètres au-dessus du rebord costal. Le blessé n'avait pas uriné et la sonde ramena un litre d'urine. Il y avait une très légère défense musculaire.

Je décidai l'intervention immédiate et fis sous chloroforme une incision verticale de 10 centimètres le long du bord externe du muscle droit. Voyant sortir un peu de bile du péritoine, je prolongeai la partie supérieure de mon incision le long du rebord costal. La vésicule contenait un peu de liquide ; son fond était d'aspect normal, mais sa face inférieure était le siège d'un œdème verdâtre ; la face supérieure du foie, près de son bord, présentait une éraillure, éclatement superficiel sans perforation. L'angle colique droit et l'épiploon étaient ecchymotiques. Je ne sentais pas sur la face profonde de la paroi l'orifice de la balle.

Ne constatant pas autre chose que la présence de bile dans le ventre, je me demandai si la balle n'était pas restée dans la paroi et si la vésicule n'avait pas été fissurée par la contusion, de même que le foie avait subi un petit éclatement. Je procédai à l'ablation de la vésicule; quand j'eus décollé sa face adhérente, j'eus la sensation d'un calcul dans le cystique; je mis une pince au delà du corps étranger, un fil au delà de la pince, et enlevai la vésicule. Je plaçai un drain sous le foie et laissai une mèche au-dessus et une

autre au-dessous de l'angle colique un peu suspect, fermant le reste de l'incision.

En ouvrant la vésicule, je trouvai dans le cystique la balle que voici, laquelle avait pénétré par ùn petit orifice nettement visible sur la face interne.

Le lendemain, le pouls était irrégulier à 114, et il y avait un peu d'ictère, des nausées, puis des vomissements noirs.

Le surlendemain, le blessé, qui se trouvait très bien, me fit très mauvaise impression; il avait les traits pincés et les extrémités froides. J'enlevai les mèches et laissai le drain. Sérum, spartéine, huile camphrée.

Le 17 novembre, le pouls est mieux frappé, l'état général se relève malgré une diarrhée abondante et fétide.

Le 19, la température monte à 39,7, avec un bon état général.

Le 21, j'enlève les fils et le drain.

Le 23, la partie supérieure de l'incision se désunit, donnant issue à une notable quantité de bile.

La température continua à osciller autour de 38 degrés, avec écoulement intermittent de bile, si bien que je dus drainer à nouveau.

Le 24 décembre, le malade, en très bon état, sortait sur sa demande, gardant encore une fistulette.

Je le revis quelque temps plus tard, complètement guéri de sa blessure et de ses idées de suicide.

Élection.

VOTE SUR LA DEMANDE D'HONORARIAT DE M. ROUTIER.

Nombre de votants : 35.
Majorité absolue : 18.

Pour l'honorariat . . . . 31 voix.
Bulletin blanc 1

M. ROUTIER est nommé membre honoraire.

ERRATUM

Dans le compte rendu de la dernière séance, lire, à la page 174 : Communication de MM. CHEVASSU, chirurgien des hôpitaux, et Jack MOCK, interne des hôpitaux, sur un épithélioma de la partie moyenne de l'*uretère*.

Le secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

A l'occasion du procès-verbal.

M. MONOD. — Je vous signale une erreur d'impression qui m'a échappé, et que vous avez sans doute corrigée de vous-mêmes. A propos de la communication de M. Le Dentu, le texte imprimé me fait dire, au bas de la page 196 du Bulletin : « Je dois ajouter... qu'il y a lieu de recourir à du sérum gélatiné à un titre relativement *peu* élevé (50 p. 100). » C'est *relativement élevé* qu'il faut lire.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. ROBINEAU posant sa candidature à une place de membre titulaire.

3°. — Une lettre de M. CUNÉO posant sa candidature à une place de membre titulaire.

A propos de la correspondance.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — J'offre en hommage à la Société, de la part de l'auteur, le Dr de Marbaix, médecin d'une grande Compagnie d'assurances à Anvers, une brochure courte, mais très intéressante, intitulée : *Fractures du poignet (extrémité inférieure du radius et du cubitus) et luxations de l'épaule droite traitées par la méthode Lucas-Championnière.*

Il y a quelque temps, je vous présentais de sa part des radio-

graphies que vous retrouverez dans ce livre et qui montrent que des déformations considérables de fractures du radius sans réduction diminuent avec le temps et les exercices d'une façon considérable. M. de Marbaix, dont la Compagnie assure surtout les débardeurs du port d'Anvers, a voulu établir par des chiffres les résultats de ma méthode de traitement des fractures, qu'il a adoptée et exagérée même, car, tandis que je réduis rarement, mais quelquefois, les déformations les plus considérables de la fracture du radius, il n'en a réduit aucune.

Il a fait la statistique des observations prises avant qu'il eût adopté ma méthode. Il traitait alors comme tout le monde par la réduction et l'appareil plâtré appliqué de six semaines à deux mois.

Cela lui avait donné comme résultat de la durée du traitement, avant la reprise du travail :

Durée moyenne.	201 jours.	
Invalidités admises (perte de capacité)		80 p. 100

Avec le massage et la mobilisation immédiate :

Durée du traitement, avant la reprise du travail. . .	41 jours.	
Cas d'invalidité admise.		0 p. 100

Pour comparer ces résultats à ceux d'une méthode plus moderne, il a choisi dans ses cas deux cas *sans déformation* pour lesquels personne n'aurait fait de réduction. Il a mis un appareil plâtré dix-sept jours seulement et fait ensuite le massage et la mobilisation. Avant la reprise du travail, il a eu, pour ces deux cas très simples, 85 jours et 135 jours, soit une durée moyenne de traitement de 110 jours, et un des cas a eu une raideur permanente.

En ce qui concerne les suites de la réduction des luxations de l'épaule, la démonstration est plus évidente encore si possible.

Dans la première série, on a réduit la luxation, puis mobilisé l'épaule au bout de 15 jours.

Moyenne du traitement pour la reprise du travail .	121 jours.	
Cas d'invalidités.		40 p. 100

Mobilisation immédiate ou très rapide, après la réduction de la luxation (de 1 à 5 jours).

Moyenne de la durée du traitement avant la reprise .	19 jours.	
Cas d'invalidité.		0 p. 100

Mais en prenant les cas les uns après les autres, on peut constater que la durée du traitement est en raison directe du retard que l'on a mis à mobiliser. Dans trois cas, dès le lendemain, on a mobilisé. Dans ces trois cas, la reprise du travail s'est faite au bout de 8, de 9 et de 10 jours.

M. SIEUR. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, au nom de leurs auteurs, les deux volumes de la deuxième édition du *Traité d'anatomie topographique*, de MM. Testut et Jacob.

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse, au nom de la Société, nos remerciements à MM. Testut et Jacob.

M. POTHERAT. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, de la part de M. le Dr Gruget, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien à Laval, un travail intitulé : *Rupture de l'urètre avec fracture du bassin, déviation latérale du segment antérieur. Urétrectomie et uréthrorraphie circulaire. Guérison.*

Le travail de M. Gruget est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

Rapports.

Fracture de l'omoplate, par M. TESSON.

Rapport de M. H. MORESTIN.

M. Tesson (d'Angers) nous a communiqué une observation de fracture de l'omoplate, qui m'a paru fort intéressante (1).

Les fractures de l'omoplate, d'une façon très générale, ne comportent aucune indication opératoire. Elles ont au contraire une tendance constante à guérir spontanément, sans laisser à leur suite aucun trouble fonctionnel durable. On sait qu'elles occupent le plus souvent la portion sous-épineuse de l'os. Elles sont parfois comminutives, mais habituellement le trait de fracture est unique et transversal. Plus rarement on observe des fractures du col ou des fractures longitudinales, commençant au niveau du bord supérieur et divisant l'os verticalement sur une grande partie de sa hauteur. Quels que soient le siège et l'étendue de la lésion, il est remarquable de voir avec quelle régularité s'effectue la consolidation. J'ai eu autrefois à l'École pratique l'occasion de recueillir plusieurs pièces de fractures anciennes ou récentes, dont j'ai

(1) M. Tesson nous avait en même temps présenté un cas de sarcome de l'intestin grêle, mais comme il n'a pas remis l'observation de son malade, je dois forcément passer sous silence ce fait qui lui aussi semblait digne d'attention.

donné la description dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1). Sur les pièces anciennes quelle que fût la complexité des traits de fracture, les fragments plus ou moins déplacés étaient réunis par un cal osseux en dépit de l'interposition de faisceaux des muscles périscapulaires. Dans les fractures communes, sous-épineuses, transversales, le déplacement en dehors et la bascule du fragment inférieur sont la règle, mais cette modification n'apporte aucun obstacle aux fonctions du membre supérieur. Bref, les fractures de cet os pour se terminer heureusement n'ont besoin que d'un traitement fort simple et pourraient même se passer de tout traitement.

Or, dans le cas de M. Tesson, il a fallu intervenir en raison d'une disposition singulière, l'enclavement dans un espace intercostal du fragment d'omoplate détaché par le traumatisme.

Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, sur l'épaule gauche duquel avait passé la roue d'un chariot. Le blessé éprouvait dans la région scapulaire de vives douleurs, réveillées par chaque mouvement respiratoire. M. Tesson, appelé auprès de lui le lendemain de l'accident, put constater une déformation extrêmement bizarre. L'angle inférieur de l'omoplate soulevait les téguments, formant une saillie extraordinairement accusée. La portion sous-épineuse de l'os semblait avoir pris une direction antéro-postérieure, horizontale, et s'être par conséquent placée à angle droit avec la partie sus-jacente.

Par ailleurs, on ne relevait aucune autre lésion, et, même dans la région traumatisée, il n'y avait ni épanchement sanguin ni ecchymoses. On relevait seulement les traces du passage de la roue sous forme d'une traînée d'éraflures, obliquement dirigée du haut en bas et de dedans en dehors.

En dépit de la gêne respiratoire, il n'y avait aucun indice de lésion thoracique.

M. Tesson essaya vainement de remettre en place le fragment scapulaire qui présentait une direction aussi anormale. Il était, nous dit-il, « absolument immobilisable », et tous les efforts de réduction demeurèrent infructueux.

M. Tesson ne voulut point laisser le blessé dans cet état et jugea nécessaire une intervention immédiate. Il fit une incision verticale sur la partie saillante, reconnut le grand dorsal soulevé et tendu, et, ce muscle dégagé et récliné, aborda l'angle scapulaire, le libéra de ses insertions musculaires et put constater que le fragment osseux s'enfonçait entre deux côtes (l'auteur ne dit

(1) *Soc. anat.*, 1894, 1896, 1898, 1902.

pas lesquelles). Il était solidement fixé et coincé, et, pour l'extraire, après l'avoir saisi avec un davier de Farabeuf, il fallut un certain effort. Aussitôt se produisit un petit sifflement qui fit craindre un instant la production d'un pneumothorax. Mais l'opérateur put s'assurer que la plèvre était intacte, et que ce léger bruit tenait simplement à la brusque pénétration de l'air dans la loge que s'était creusé le fragment osseux dans l'épaisseur de la paroi thoracique.

L'opération fut terminée par le rapprochement des muscles désinsérés à l'aide de deux points au catgut et par la suture cutanée sans drainage.

Les suites furent simples. Au bout d'un mois, l'étendue des mouvements du bras était encore un peu restreinte, et notamment l'opéré ne pouvait encore mettre la main sur sa tête, mais il avait déjà repris son travail et tout devait faire espérer une restauration fonctionnelle complète.

Le fragment enlevé comprend, outre l'angle inférieur, le bord externe de l'os, jusqu'à la cavité glénoïde, c'est-à-dire toute la colonne compacte qui répond aux insertions du grand et du petit rond. On y voit même une partie de la surface d'insertion du long triceps.

M. Tesson semble avoir commencé son opération en acceptant d'avance le sacrifice de cette pièce osseuse. Aussitôt après avoir abordé l'angle de l'omoplate, il la libère de ses insertions musculaires, et c'est seulement après cette préparation que l'os est saisi avec un davier et arraché de l'espace intercostal. L'auteur ne fait aucune allusion à la possibilité de conserver ce fragment et paraît réellement n'y avoir pas songé. Or, il n'est pas déraisonnable de penser que la réduction aurait été obtenue par des tractions exercées sur l'angle inférieur saisi avec le davier sans aucune désinsertion préalable.

Cette solution plus simple m'eût satisfait davantage. Mais je n'ose blâmer M. Tesson d'avoir été trop radical, puisque le résultat obtenu par lui a été très bon. Je sais d'ailleurs, un malade opéré par moi pour des lésions tuberculeuses m'en a fourni la preuve (1), que des résections fort étendues de la partie sous-épineuse de l'omoplate n'apportent qu'un dommage fonctionnel très minime.

Le type de fracture observé dans ce cas est exceptionnel; malheureusement, l'auteur ne nous dit point s'il s'est assuré qu'il n'existait pas d'autre trait de fracture. *A priori*, il est peu probable

(1) *Soc. anat.*, janvier 1910.

que le détachement du fragment précité ait constitué toute la lésion.

Mais, à coup sûr, ce qui est ici tout à fait particulier et donne une réelle valeur à cette observation, c'est la pénétration du fragment dans l'épaisseur de la paroi thoracique et son pincement entre deux côtés.

Une telle disposition n'a dû être que bien rarement réalisée, et, pour ma part, je n'en connais pas d'autre exemple.

— Les conclusions du rapport de M. Morestin, mises aux voix, sont adoptées.

Calculs de l'uretère, par M. Georges Luys.

Rapport de M. F. LEGUEU.

M. Luys nous a envoyé une observation de calculs de l'uretère sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Elle a trait à un malade de quarante-deux ans qui, après avoir eu à plusieurs reprises des coliques néphrétiques à droite et à gauche, fut pris à gauche d'accidents plus sérieux ; je laisse ici la parole à M. Luys :

Le 7 novembre 1909, qui était un dimanche, le malade part en promenade chez des amis, à l'Isle-Adam ; le soir même, il rentre chez lui par le chemin de fer ; il se sent mal à l'aise, et, dans la nuit du dimanche au lundi, il a un violent accès fébrile avec douleurs très vives dans le rein gauche. Le mardi 9 novembre, il souffrait toujours de son rein gauche ; les urines étaient troubles et sanguinolentes. Le soir même, je lui pratique le cathétérisme de l'uretère gauche avec une sonde n° 6 qui passe sans difficulté, mais est arrêtée nettement après un parcours de 20 centimètres ; elle butte à ce moment et ne progresse plus, mais je peux alors constater qu'un flot de pus apparaît entre la sonde et l'uretère au niveau du méat urétéral. Il ne coule que quelques gouttes d'urine trouble et sanguinolente par la sonde urétérale. D'abondants lavages sont faits par la sonde urétérale, mais l'eau des lavages ne pénètre certainement pas jusque dans le bassinet, puisqu'une sonde placée dans la vessie permet d'évacuer immédiatement l'eau des lavages ; de plus, le malade ne ressent aucune sensation de distension de son rein gauche. Les lavages sont continués jusqu'à ce que l'eau ressorte claire ; la sonde urétérale est enlevée, et, à ce moment, on ne peut sentir aucun contact rugueux sur la sonde. Une sonde n° 7 est ensuite introduite ; on obtient avec celle-ci exactement la même chose qu'avec la précédente. Un lavage de nitrate d'argent est effectué par cette sonde n° 7 qui ressort également de suite par la sonde vésicale.

La radiographie fut alors demandée et effectuée par M. le Dr Zimmern, le 11 novembre 1909. Elle montra un calcul de l'uretère gauche situé près de l'apophyse transverse de la 4e vertèbre lombaire.

Le malade entra alors à la maison de santé, le 14 novembre 1909. Une sonde urétérale n° 7 fut poussée jusqu'au contact du calcul et laissée à demeure pendant quarante-huit heures. Cette sonde ne permet d'obtenir pendant ce temps aucune goutte d'urine. Le rein gauche était donc en état de rétention complète, et l'uretère gauche était certainement et complètement oblitéré. Il convenait donc d'intervenir au plus tôt, car la sécrétion urinaire de l'autre rein diminuait, la fièvre s'allumait et l'état général devenait grave. C'est en présence de ces symptômes assez alarmants que je lui fis, le 16 novembre 1909, la néphrotomie du rein gauche. Par l'incision de la néphrotomie, je tentai, mais en vain, d'atteindre le calcul que je ne pus arriver à percevoir, même avec de très longues pinces courbes. Le rein, contrairement à mon attente, ne semblait pas distendu. Quelques jours après, sous l'influence de lavages du bassinet, la fièvre tomba; le rein gauche se mit à sécréter, et l'état général se releva immédiatement. Quinze jours après, comme le malade se trouvait en état de supporter une intervention plus sérieuse, je pratiquai l'urétéro-lithotomie à gauche.

Opération le 30 novembre 1909. Une très longue incision est faite, partant du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen à 1 centimètre au-dessus de l'arcade crurale qui va rejoindre au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure l'incision de l'opération précédente. Le grand oblique, le petit oblique, le transverse, le fascia transversalis, sont sectionnés méthodiquement; le péritoine est décollé et refoulé vers l'ombilic; il se décolle très facilement. J'arrive ainsi rapidement sur la bifurcation de l'iliaque primitive; l'artère iliaque externe, sous forme d'un gros cordon, bat sous mes doigts; un peu au-dessus d'elle, un gros cordon mou est aperçu extrêmement dilaté et semblable au calibre de l'intestin grêle. En le palpant méthodiquement de bas en haut, on arrive à percevoir au niveau de l'apophyse transverse de la 4e vertèbre lombaire, un corps dur en forme de fer de lance : c'est certainement le calcul, et le conduit qui le contient est l'uretère. L'uretère est très adhérent au péritoine, et lorsqu'on cherche à dénuder sa paroi pour la mettre à nu, le péritoine se déchire et est ouvert ; il est immédiatement fermé avec du catgut n° 1. Ceci fait, la paroi urétérale étant mise à nu, l'uretère est incisé franchement sur le calcul. Avec la sonde cannelée, le calcul est libéré de ses adhérences avec la muqueuse dans laquelle il est enchâssé, et pris avec une pince il est enlevé. Il a exactement la forme qui lui avait été indiquée par la radiographie. L'uretère est ensuite exploré par en haut et par en bas avec une sonde urétérale ; il est reconnu tout à fait libre. Sa paroi est ensuite suturée par plusieurs points de catgut n° 0. La paroi abdominale est ensuite suturée en deux plans et la peau est recousue. Un drain n° 30 est introduit dans le bassinet, tandis qu'un autre drain n° 20 est placé au contact de la suture urétérale et fixé à la peau. Le calcul de l'uretère, examiné, est dur ; il présente des fragments de muqueuse urétérale dans laquelle il était enchâssé et qui n'ont pu être séparés de lui. Son poids est de 1 gr. 50.

Les suites opératoires furent extrêmement simples en dépit d'un petit

abcès de la paroi : tout se passa parfaitement bien, mais toutes les urines du rein gauche passaient constamment par l'incision de la néphrotomie. C'est pourquoi je lui plaçai, le 9 décembre 1909, avec un cystoscope à prisme, une sonde urétérale n° 6. Celle-ci passait librement jusqu'au bassinet ; elle permettait bien de recueillir un peu d'urine, mais son calibre était insuffisant pour permettre un bon drainage du bassinet. Elle fut laissée en place jusqu'au 14 décembre ; à ce moment, comme on ne pouvait penser à pouvoir placer avec un cystoscope à prisme une sonde d'un calibre supérieur qui n'était pas admise dans la pièce urétérale de ce cystoscope à prisme, j'appliquai alors mon cystoscope à vision directe qui me permit d'introduire très facilement une sonde n° 12 dans l'uretère. Le jour même de l'application de cette sonde urétérale, il n'existait plus d'urine dans le pansement du rein gauche qui était tout à fait sec et resta sec définitivement ; toute l'urine du rein gauche était recueillie par la sonde urétérale. Celle-ci fut laissée à demeure jusqu'au 20 décembre 1909, et après son enlèvement, le malade se mit à uriner en grande abondance. La quantité de ses urines oscillait entre 3 et 4 litres par jour.

Lorsque M. Luys nous présenta son observation, le 9 février dernier, l'histoire de son malade se terminait là. Mais, depuis lors, de nouveaux incidents se sont produits, dont M. Luys a bien voulu, sur ma demande, nous donner le récit complémentaire que voici :

Le malade était resté parfaitement bien portant sans ressentir aucune douleur pendant près de six mois, depuis le mois de décembre 1909 jusqu'à la fin de mai 1910 : il avait même pu reprendre ses occupations. A ce moment, il revint me voir, se plaignant de souffrir dans son côté gauche. Il fut immédiatement envoyé à la radiographie qui donna un résultat négatif. Toutefois, comme le malade avait des urines troubles, je lui pratiquai le cathétérisme de l'uretère gauche et constatai qu'une sonde n° 6 était complètement arrêtée à 14 centimètres du méat urétéral. Quelques jours après, le malade présentait des accès de fièvre assez élevée qui rendirent nécessaire son hospitalisation. Après quelques jours d'attente, la cicatrice lombaire gauche qui résultait de sa première opération de novembre 1909 et qui était restée, complètement fermée et étanche depuis cette époque, se rouvrit spontanément, laissant évacuer une assez grande quantité de pus suivie bientôt après d'évacuation d'urine. En même temps, la température tombait et revenait à la normale.

Il s'était fait ainsi une véritable néphrotomie spontanée d'urgence.

Il s'agissait donc d'une oblitération de l'uretère gauche, et il devenait nécessaire d'intervenir de nouveau.

Le malade fut alors transporté à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Arrou, où je l'opérai, le 2 juin 1910, avec l'aide de M. le Dr Arrou.

L'incision de la première opération fut reprise dans toute son

étendue; le péritoine fut décollé jusqu'à la découverte des vaisseaux iliaques; ceux-ci sont sentis et suivis jusqu'à leur bifurcation. A ce niveau, l'uretère gauche est senti entouré par une gangue épaisse de péri-urétérite. L'uretère ayant été isolé est incisé longitudinalement. A travers la boutonnière ainsi formée, l'exploration de la cavité urétérale permet bientôt de reconnaître la présence d'un calcul qui en est enlevé. Ce calcul, de même forme que celui qui avait été retiré six mois auparavant, est, toutefois, notablement plus petit que le précédent.

Pour reconnaître s'il n'existe pas d'autres calculs, un explorateur à boule olivaire n° 20 explore complètement le bout supérieur et le bout inférieur de l'uretère et ne rencontre pas d'obstacle. L'uretère est donc libre. Une longue sonde urétérale n° 12 à bout coupé est ensuite introduite dans le bout supérieur de l'uretère jusque dans le bassinet; l'autre extrémité de la sonde urétérale est ensuite introduite dans le bout vésical de l'uretère et elle est poussée jusque dans la vessie. Sur cette sonde urétérale, la paroi de l'uretère est fermée au catgut. Après drainage de la cavité avec un gros drain n° 40 et l'application de deux mèches, la paroi abdominale est suturée.

Deux jours après, le 4 juin 1910, le malade étant mis dans la position déclive, j'introduis par l'uretère mon cystoscope à vision directe jusque dans la vessie; j'aperçois ainsi dans la vessie le bout de la sonde urétérale dont l'extrémité saisie avec une pince est amenée avec le tube cystoscopique jusqu'à l'extérieur. Par la sonde urétérale de l'eau boriquée est injectée : l'eau boriquée ressort nettement par la plaie lombaire, le drainage de l'uretère est donc parfaitement bien assuré.

Quelques jours après, la sonde est changée sur mandrin et des lavages du bassinet sont faits avec une solution de nitrate d'argent. Toutefois, la sonde se bouche facilement sous l'influence de petits bouchons de pus. Plusieurs sondes urétérales sont changées tour à tour jusqu'au 1er juillet. A ce moment, toute sonde est enlevée et la plaie lombaire qui était tout à fait étanche depuis plusieurs jours reste complètement fermée.

Le malade sort de l'hôpital en très bon état, le 2 juillet 1910.

Il est revu le 7 octobre 1910; son état général est excellent, il a repris ses occupations et a engraissé de 6 kilogr. et demi. Toute l'étendue de sa plaie lombaire et iliaque est parfaitement nette et absolument étanche.

Les calculs de l'uretère ne sont plus une exception : la radiographie d'une part, le cathétérisme de l'uretère de l'autre, ont renouvelé leur histoire en permettant très facilement et très exactement leur diagnostic. Et les observations sont nombreuses qui ont permis de régler les moindres modalités de leur extraction.

Je me bornerai donc à relever dans l'intéressante observation de M. Luys les divers points par lesquels elle se distingue des autres.

Le premier a trait à cette *néphrostomie préliminaire* que

M. Luys a cru devoir pratiquer et dont les circonstances imposaient les indications formelles. L'uretère était oblitéré ; l'autre rein malade lui aussi faiblissait, l'état général devenait mauvais. Il était donc nécessaire d'aller au plus pressé et de créer par la néphrostomie une dérivation. L'opération urétérale suivit de quinze jours et elle fut pratiquée dans de bien meilleures conditions.

Le deuxième a trait à cette *récidive*, qui s'est produite quelques mois après la première opération et qui nécessita une seconde opération absolument semblable à la première. Ces récidives aussi rapides sont rares, et Jeanbrau dans son rapport si documenté au Congrès d'Urologie en 1909, n'en rapporte qu'un cas, celui de Blocq. On peut toujours se demander si ce sont bien des récidives et si un petit calcul n'a pas dans le rein échappé aux premières investigations, si minutieuses qu'elles aient été.

J'ajoute une remarque : M. Luys a multiplié sur son malade les explorations par le cathétérisme de l'uretère. Il l'a utilisé sous toutes ses formes; et il est vraiment intéressant de constater que M. Luys, qui a tant de fois au nom de la séparation lancé l'anathème contre le cathétérisme de l'uretère, sait quand il le faut recourir à ce même cathétérisme avec une admirable générosité.

En outre, toutes les explorations de M. Luys ont été faites avec le cystoscope à prisme; il n'a eu recours à son cystoscope à lumière externe que pour introduire dans l'uretère une sonde volumineuse. Il marque ainsi lui-même la place excellente mais très réservée qui revient à son instrument, celle d'un instrument de thérapeutique, alors que l'autre conserve à mon avis comme entre ses mains, l'indiscutable supériorité d'un merveilleux instrument d'exploration.

Messieurs, je vous propose de publier l'observation de M. Luys dans nos Bulletins et de lui adresser nos remerciements.

Discussion.

M. Arrou. — Il est possible que la récidive calculeuse locale soit due à une cause elle-même locale, sans qu'il faille incriminer une formation nouvelle de pierre dans le rein. Ce n'est pas fatalement un caillou qu'on trouvera dans l'uretère, mais parfois plusieurs calculs rassemblés. Rien de plus facile que l'oubli de l'un d'eux au cours de l'ablation. Je ne puis dire qu'il en a été ainsi dans le cas de M. Luys, mais la chose est possible, et il m'a paru bon de le dire.

M. F. Legueu. — Mon ami Arrou est beaucoup mieux placé que moi pour parler de cette opération puisqu'il y a assisté ; je n'ai pu juger cette observation que par les documents qui m'ont été remis.

— Les conclusions du rapport de M. Legueu, mises aux voix, sont adoptées.

Sur un cas de rupture du pénis,
par M. Alivazatos, professeur agrégé à Athènes.

Rapport de M. F. LEGUEU.

L'observation qui suit présente quelque intérêt. Je la rapporte intégralement.

Le cordonnier A. C..., âgé de trente ans, vient me consulter au mois de novembre de l'année dernière, à mon service de la Polyclinique d'Athènes, pour un accident qui venait de lui arriver une demi-heure avant son entrée à la Polyclinique. Ce malade avait l'habitude chaque matin en se levant de se masturber. Le jour de son accident, au moment de l'éjaculation, ayant pressé brusquement et fortement la verge entre ses mains, il sentit immédiatement une douleur très vive; en même temps, il entendit nettement un bruit sec analogue à la rupture d'une baguette de verre. L'éjaculation ainsi que l'érection cessèrent aussitôt; la verge s'est courbée à angles aigus ; elle est devenue violacée, flasque, molle et pendante, et fut envahie par un gonflement mou, donnant la sensation d'une crépitation sanguine.

En examinant le malade nous trouvons, à la réunion des deux tiers postérieurs et du tiers antérieur de la verge, un sillon transversal d'une longueur de 2 1/2 centimètres à 3 permettant à la verge des mouvements anormaux de flexion et d'extension.

Du côté de son urètre, le malade ne présentait rien de particulier; pas d'urétrorragie, la miction se faisant normalement.

Du côté de ses antécédents héréditaires et personnels, rien d'intéressant à noter, qu'un léger état arthritique.

Devant ces quatre symptômes (douleur vive et brusque — sensation d'un bruit sec — sillon transversal et mouvement anormal) nous posons le diagnostic de rupture de la verge.

Comme traitement, nous avons immobilisé la verge dans une petite gouttière en carton et nous y avons appliqué des compresses froides. Le soir même de son accident, le malade continuait à souffrir et le gonflement et l'ecchymose s'étendaient sur les bourses et la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. L'étendue de cet hématome s'explique par la structure des corps caverneux, lesquels, comme on le sait, se composent de multiples cavités sanguines ou aréoles communiquant

largement entre elles. La rupture de ces cavités produit une hémorragie très abondante, et le sang s'infiltre par la rupture du fascia pénis dans le tissu cellulaire environnant, c'est-à-dire celui du scrotum et de la région hypogastrique.

Pour arrêter la marche envahissante de l'hématome ainsi que la production tardive des tissus fibreux consécutive à l'accumulation du sang dans les tissus et qui aurait amené un obstacle réel à l'érection, nous décidons d'intervenir.

Après avoir anesthésié notre malade par une injection intra-rachidienne de stovaïne de 0,03 centimètre, nous avons fait une incision de 3 centimètres, parallèle au sillon de la rupture, ouvrant ainsi le foyer de la fracture. Ayant enlevé les caillots sanguins, nous avons nettoyé le foyer de la rupture et nous avons observé que cette rupture était totale pour les deux corps caverneux qui continuaient à saigner; le corps spongieux était à peine éraillé. Par trois sutures au catgut nous avons réuni le foyer de la rupture arrêtant en même temps l'hémorragie, puis nous avons fermé l'incision cutanée par un surjet au catgut.

Pansement aseptique et immobilisation du pénis dans une gouttière en carton. Les suites post-opératoires furent normales et la réunion par première intention fut complète le dixième jour.

Les premiers jours de l'opération, l'érection se faisait rien qu'à la partie postérieure de la verge, tandis qu'à la partie antérieure, elle restait flasque.

Mais au fur et à mesure que la consolidation se faisait, la partie antérieure de la verge commençait petit à petit à prendre part à l'érection, de sorte que, le huitième jour après l'opération, l'érection se faisait en deux temps, c'est-à-dire qu'après l'érection de la partie postérieure de la verge, suivait l'érection de la partie antérieure.

Vers le vingtième jour, l'érection fut simultanée et complète.

Depuis une année, je vois de temps en temps mon malade qui ne présente aucun trouble ni du côté de l'érection ni du côté du coït.

L'observation de M. Alivazatos est intéressante en ce que la rupture semble s'être faite par éclatement (pression de la verge) plus que par flexion. En outre, elle fut suivie d'interventions et le résultat éloigné fut parfait. Ce sont les points principaux par lesquels elle se signale à l'attention.

Je vous propose d'envoyer à M. Alivazatos nos remerciements pour l'observation qu'il a bien voulu nous envoyer, et nos félicitations pour le brillant résultat qu'il a obtenu.

Discussion.

M. Delorme. — Baudens, si mes souvenirs sont exacts, a rapporté une observation analogue de section des corps caver-

neux due non à la cause spéciale que vient de rappeler M. Legueu, mais à un traumatisme par balle. Si je la signale, ce n'est qu'au point de vue du résultat définitif obtenu.

Une balle avait séparé le pénis presque en entier à deux pouces du gland; les *corps caverneux et l'urètre totalement divisés* n'étaient plus retenus que par quelques portions des téguments. L'urètre était rétracté de quatre lignes en arrière des corps caverneux sectionnés et ne pouvait être ramené à leur niveau. Baudens excisa en conservant la peau qui les recouvrait quatre lignes des deux corps caverneux, disséqua le canal de l'urètre dans une faible étendue, introduisit une sonde dans le canal, sutura les lèvres de la plaie et guérit son blessé. « J'ai revu, dit-il, ce militaire au bout d'un an; il m'a assuré que sa verge avait, il est vrai, perdu de sa longueur, mais qu'elle était encore susceptible d'érection; ce fait physiologique est d'autant plus curieux qu'il est opposé à ceux rapportés par les auteurs (1). »

M. Demoulin. — Je ne puis que féliciter le chirurgien de l'excellent résultat qu'il a obtenu. Mais, je suis frappé de ce fait qu'après une rupture des deux corps caverneux, rupture assez étendue pour avoir nécessité la suture, le blessé et son opérateur aient été assez heureux pour voir le pénis revenir à sa direction normale pendant l'érection. Chacun sait que la moindre sclérose des corps caverneux ou de l'un d'eux, ne permet pas à l'érection de se faire dans la rectitude, et que le sujet qui en est atteint *louche* toujours un peu du pénis, selon la pittoresque expression de Ricord.

— J'appuie mon dire sur ce fait qu'ayant eu, en 1907, à traiter dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, un cas de priaprisme survenu le soir même d'une union désirée depuis longtemps et d'ailleurs légale, je fus obligé, après avoir épuisé tous les moyens médicaux, de saigner les corps caverneux. Mes incisions furent discrètes. Six mois après, le malade, bien que satisfait de sa situation, n'avait pas retrouvé toute sa vigueur pénienne et louchait (vers la gauche) de cet organe.

M. F. Legueu. — Je partage l'avis de Demoulin : le résultat thérapeutique est tout à fait extraordinaire, et c'est une des raisons pour laquelle j'ai cru devoir rapporter cette observation.

— Les conclusions du rapport de M. Legueu, mises aux voix, sont adoptées.

(1) Baudens. *Clinique des plaies d'armes à feu*, p. 412, et Delorme, *Traité de chirurgie de guerre*, t. I, p. 256.

Communications.

Kyste du pancréas, diagnostic et pathogénie, cholérhagie post-opératoire,

par M. E. QUÉNU.

Les observations de kystes du pancréas opérés ne sont pas encore extrêmement nombreux. Au Congrès de chirurgie de 1905, le rapporteur, M. Villar, n'en avait rassemblé que 171 cas ; il est vrai que, depuis, ce nombre a été porté à 227 par Martens, et à 240 par Kijewski. A la Société de chirurgie, il n'en a été présenté que de rares exemples : dans les vingt-cinq dernières années, je n'ai pu relever que les observations de Delagénière (1900), de Rochard (1) (1902), de Savariaud (1908) et de Potherat (1908).

Aussi j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'aborder cette question à notre tribune, en vous communiquant un fait bien étudié, susceptible de provoquer la discussion sur certains points de pathogénie ou de pratique chirurgicale.

Il s'agit d'une malade de trente-six ans, entrée dans le service de notre collègue Chauffard pour des douleurs abdominales et une tuméfaction épigastrique.

Cette femme avait joui jusqu'à ces derniers temps d'une bonne santé, sauf qu'en avril 1909, elle avait éprouvé pendant deux jours quelques légères douleurs dans le haut du ventre et du côté droit et que pareille chose s'était renouvelée en février 1910. Jamais, du reste, elle n'avait dû garder le lit. On ne relève dans ses antécédents aucune chute, aucun traumatisme.

C'est en état de santé parfaite et sans avoir présenté de troubles gastriques ou intestinaux quelconques que la malade fut prise, le 23 octobre dernier, d'une crise douloureuse extrêmement violente, avec vomissements, pour laquelle son médecin appelé dut faire une piqûre de morphine. Ces douleurs persistèrent trois jours, elles étaient assez mal localisées et furent qualifiées de colique néphrétique.

Le 26 octobre, Mme P... fut transportée à Lariboisière, dans un service de chirurgie, où le diagnostic porté fut, paraît-il, celui d'appendicite ; elle fut soumise à la diète hydrique avec applications de glace sur le ventre. Après neuf jours, la malade rentra chez elle et là on continua l'immobilisation et les applications de glace.

(1) Richelot, Labbé, Tuffier, Ricard, ont cité à ce propos, de mémoire, chacun un cas avec opération.

Peu après, son médecin, le Dr Thomas, s'aperçut qu'il existait à l'épigastre et sous les côtes à droite, une tuméfaction douloureuse à la pression, et c'est alors qu'il adressa sa malade à M. Chauffard.

Dans le service de notre collègue, on observa une série de crises douloureuses avec localisation principale à l'épigastre et à l'hypocondre sans aucune irradiation scapulaire.

L'appétit était conservé, aucun dégoût pour les matières grasses, pas de diarrhée, jamais d'urticaire. Amaigrissement peu considérable : le poids normal était en effet de 54 kilogrammes, et il est, le 7 décembre, de 52 kilogr. 600; la malade a donc maigri de 1.600 grammes seulement depuis le commencement de sa maladie, ce qu'elle attribue, peut-être non sans raison, à la diète, puis au régime très strict auquel elle a été soumise depuis un mois. Pas de fièvre à aucun moment.

A l'examen du ventre, on note une voussure occupant l'hypocondre droit et l'épigastre et descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La matité de la tumeur se continue avec celle du foie, aucune sonorité en avant d'elle. La zone mate mesure sur la ligne mamelonnaire 16 centimètres. La consistance est donc élastique. La main gauche, étant appliquée sur les derniers espaces intercostaux, perçoit le flot transthoracique, dès que la main droite percute en avant.

L'examen des autres appareils ne recèle rien d'anormal.

Cependant, la quantité d'urines excrétée en vingt-quatre heures est faible, la quantité d'urée n'est que de 13 gr. 27, celle des chlorures de 3 gr. 90; celle des phosphates, de 1 gr. 04. Ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Bien que la réaction de Weinberg fût négative, le diagnostic de M. Chauffard avait été celui de kyste hydatique du foie. Nous fîmes la même erreur. Nous avions fait faire une radiographie avec et sans insufflation de l'estomac. Cette radiographie montrait une certaine ascension du foie, à droite, sans déformation de sa courbure; la radiographie avec insufflation de l'estomac ne fait nullement voir une zone claire au devant de la tumeur, il semble simplement que l'estomac distendu ait refoulé la masse du foie plus à droite.

Tous deux, mon collègue et moi, nous avons donc pris un kyste du pancréas pour un kyste hydatique du foie. En réalité, il n'existait aucun indice d'un trouble dans la sécrétion pancréatique, la douleur par crises constituait le seul symptôme et les signes étaient bien comparables à ceux d'une poche à localisation hépatique.

Je dois dire cependant qu'un détail avait jeté quelque doute dans mon esprit ; quand la malade faisait de fortes inspirations,

on pouvait sentir une sorte de sillon entre le foie et la tumeur qui semblait moins que le foie obéir aux mouvements respiratoires. Enfin, la réaction de fixation était négative.

Quoi qu'il en soit, il suffit de parcourir les observations pour se convaincre que les kystes du pancréas à évolution gastro-hépatique ont été la plupart du temps confondus avec des kystes hydatiques du foie, tel a été le cas pour l'observation de Savariaud rapportée par M. Reynier en 1909. A ce sujet, M. Guinard observait « qu'on peut et qu'on doit maintenant faire le diagnostic de kystes traumatiques du pancréas » et que grâce à l'insufflation de l'estomac on peut immédiatement éliminer les kystes hydatiques du foie. C'est possible pour certains cas, ce n'est pas toujours vrai. Chez notre malade, l'estomac insufflé refoulait le foie de gauche à droite, mais la compression de la région prépylorique par la tumeur ne permettant pas à l'air d'y pénétrer, il est facile de s'assurer d'après cette radiographie que l'insufflation de l'estomac n'a été que partielle et que la zone intéressante y échappe.

Ni la radiographie ni la percussion ne nous donnent des éléments de certitude dans la localisation que j'ai envisagée.

J'opérai ma malade le 10 décembre. Je fis une incision parallèle au rebord costal et réséquai le rebord cartilagineux, j'arrivai sur une masse kystique sous-hépatique indépendante du foie et de la vésicule. Je branchai une incision verticale sur la précédente et nous pûmes voir que la première et la deuxième portion du duodénum extraordinairement élargies, étaient étalées au devant de la tumeur ainsi que le pylore et le vestibule pylorique. La tumeur n'était à découvert qu'au-dessus de la petite courbure, cela me parut un mauvais endroit pour établir un drainage; je me reportai vers le bord droit de la deuxième portion du duodénum, j'incisai le péritoine et décollai l'intestin de manière à mettre à découvert quelques centimètres du kyste; une ponction avec l'appareil Potain permet de retirer un peu plus d'un litre et demi d'un liquide translucide, un peu louche et mousseux, puis le kyste fut incisé, asséché doucement. Dans ce dernier temps, la gaze ramena des débris de pancréas dont l'examen ainsi que celui d'une portion de paroi kystique fut confié à M. Boidin, puis les bords de l'incision furent fixés à la peau et un drain souple placé dans la cavité.

Voici quelles furent les suites de l'opération, elles ne furent pas sans nous inquiéter.

J'avais installé le drain en resserrant l'orifice de la poche autour de lui, en lui faisant traverser le pansement et en plaçant à son extrémité un petit ballon, tout comme dans les cholécystostomies ou les cholédocotomies, de manière à pouvoir recueillir tout ce qui s'écoulerait de la poche.

Dans les premières heures il s'écoula une centaine de grammes de liquide hématique.

Le lendemain la température était normale, le pouls à 90, la quantité de liquide recueillie était de 244 grammes dans les vingt-quatre heures. Le surlendemain, 18 décembre, 184 grammes d'un liquide noirâtre.

Le 19 décembre, 320 grammes d'un liquide foncé donnant par le Gmelin la réaction de la bile et aussi une coloration violette dont on ne s'explique pas exactement la nature.

Le 20 décembre, température toujours normale, 612 grammes de liquide bilieux sont recueillis dans le ballon, 750 grammes d'urine, matières décolorées.

Le 21 décembre, 800 grammes de liquide bilieux.

Le 22, 800 grammes de liquide bilieux.

Du 22 au 26, cette quantité demeure à peu près la même, la quantité d'urine ne dépasse pas 750 grammes.

Les jours suivants, il devient impossible d'en apprécier la quantité exacte, parce que le drain n'est plus serré et que le contenu passe autour de lui ; je supprime le drain, on est obligé de faire deux pansements par jour; la quantité d'urine augmente peu à peu et atteint 1.200 à 1.300 grammes par vingt-quatre heures; les matières sont toujours décolorées complètement et en énorme quantité, le poids de la malade s'est abaissé à 47 kil. 800.

A partir du 8 janvier, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, l'écoulement fut de moins en moins abondant, les selles se colorèrent, et dès le 20 janvier il ne s'écoulait plus qu'un peu de liquide séro-purulent par le trajet. Le 29, il n'y a plus que quelques gouttes; le 2 février, il se forme une croûte sèche et la plaie est presque fermée. Le ventre est souple, indolent, la cicatrice de l'incision horizontale a remonté au-dessus du rebord costal; l'état général de la malade est bon, elle se lève depuis un mois, son poids s'est relevé à 51 kil. 500.

Dans ces derniers jours (1 et 3 février), il s'est reproduit un peu d'écoulement biliaire qui a disparu les 14 et 15.

Voici, faite au point de vue de la recherche des ferments, une analyse des liquides recueillis après l'opération. (Analyse faite par notre interne en pharmacie M. Fluteaux, sous la direction de M. Cousin.) Liquide recueilli le 17, lendemain de l'opération :

Réaction	Alcaline.
Trypsine	Traces.
Amylase	Assez fortes proportions.
Lipase	Néant.
Sang	Quantité considérable.
Bile	Néant.

Analyse du troisième jour :

Réaction	Alcaline.
Trypsine	Traces.
Amylase	Assez fortes proportions.
Lipase	Néant.
Sang	Moindre quantité.
Bile	Quantité.

Analyse du quatrième jour ;

Réaction	Alcaline.
Trypsine	Traces.
Amylase	Quantité assez forte.
Lipase	Néant.
Sang	Néant.
Bile	Quantité.

Analyse du quatorzième jour :

Amylase	Petite quantité,
Trypsine	Néant.
Lipase	Néant.
Bile	Quantité.

En résumé, le liquide recueilli après l'opération renferme, le 2e jour, du suc pancréatique et du sang ;

Le 3e jour, du suc pancréatique, encore un peu de sang et de la bile ;

Le 4e jour, du suc pancréatique, pas de sang et une proportion énorme de bile ;

Le 14e jour, il ne renferme encore que de la bile et du suc pancréatique incomplet.

D'autre part, voici l'analyse du liquide recueilli pendant l'opération, nous en devons l'analyse à M. Boidin :

Liquide trouble renfermant de grands mononucléaires à noyaux assez bien conservés.

Réaction	Alcaline.
Densité	1.008
Cryoscopie	0,54

Forte proportion de substances albuminoïdes.

Présence de sucre.

Chlorures	5 gr. 61
Urée	0,30 centigr.

Ferments : Forte proportion d'amylase.
Pas de lipase.
Pas de trypsine.

Indice antitryptique du sérum normal.

Ainsi, de ces analyses il résulte que non seulement le contenu du kyste renfermait du suc pancréatique, mais que du liquide à

ferments pancréatiques a continué de s'écouler dans le kyste plus de quinze jours après l'opération.

D'autre part, notre opérée a présenté un accident tout à fait exceptionnel, la cholerrhagie.

Cette cholerrhagie a débuté le 4e jour après l'opération et a duré, en s'atténuant, de vingt-trois à vingt-cinq jours. Abondante dès le début, elle est devenue totale, puisque les matières étaient absolument décolorées.

Nous avons recherché s'il existait des cas analogues; nous n'avons trouvé que l'observation de Kijewski (1), que nous devons à l'obligeance de M. Okinckzyc. Il s'agit aussi d'un kyste de la tête du pancréas, mais à évolution mésocolique; le kyste fut marsupialisé et tamponné. Le 6e jour, il s'écoula de la bile par la plaie et la cholerrhagie persista jusqu'à la mort, qui survint deux semaines après l'opération par suite d'une cachexie progressive. A l'autopsie, on nota l'existence d'un cysto-carcinome du pancréas développé aux dépens de la tête. Le cholédoque s'ouvrait dans la cavité du kyste.

Obs. III. — (*Tr. Kijewski* (Varsovie) : *Des kystes du pancréas*. — R. F..., âgée de quarante-trois ans, entre en décembre 1908 à l'hôpital Saint-Roch pour une tumeur abdominale.

La malade est mariée, a eu 7 enfants, dont 4 sont vivants. Réglée à treize ans. Depuis ce moment les règles apparaissent toutes les quatre semaines et durent quatre à cinq jours.

Neuf mois auparavant la malade a senti une douleur dans le côté gauche de l'abdomen et à sa partie inférieure; en même temps survenaient des vomissements; l'état est cependant apyrétique.

La malade ayant son attention attirée du côté de son abdomen par la douleur, ne tarde pas à constater elle-même la présence d'une tumeur qui se développe au milieu du ventre et, suivant sa propre expression, « au-dessous de l'estomac ». La douleur augmente et contraint la malade à réclamer des soins,

Il y a quatre mois, en effet, elle a été soignée dans les hôpitaux de Varsovie, et opérée dès cette époque une première fois. Cette intervention permet de constater après cœliotomie l'existence d'une tumeur appartenant au pancréas; on se contente de cette exploration ; sans plus, le ventre est refermé et la malade quitte l'hôpital.

La tumeur augmente rapidement de volume et occupe presque toute la moitié inférieure du ventre. Les douleurs sont plus marquées et obligent la malade à user de morphine. L'amaigrissement devient extrême, les digestions sont très pénibles, la constipation très grande.

Examen. — Taille moyenne, affaiblissement très marqué, teinte jaune paille des téguments. Aucune modification du côté du cœur ni du poumon. Sur le ventre, au niveau de la ligne blanche, on voit une

(1) Kijewski. *Gazetta Lakarska*, t. XXIX, 1909.

cicatrice qui commence à quatre doigts au-dessous de l'ombilic, et qui atteint la symphyse.

Dans la moitié inférieure du ventre on sent, au niveau de la ligne médiane, une tumeur ronde, lisse, immobile, entourée par la masse intestinale; le côlon transverse est au-dessus.

L'utérus est mobile, indépendant de la tumeur. Par le toucher vaginal et le toucher rectal, on sent la tumeur plus facilement du côté gauche. La vessie est refoulée du côté droit,

Dans l'urine, il n'y a ni sucre, ni albumine. L'examen des matières fécales révèle la présence de fragments musculaires indigérés en grand nombre.

Le diagnostic était déjà singulièrement facilité par la cœliotomie exploratrice : nous avions affaire à un kyste du pancréas, développé aux depens de la tête de l'organe et dirigé en bas entre les feuillets du mésocôlon transverse. La malade consentant à une intervention, entre dans ce but à l'hôpital.

Le 10 décembre 1908, avec l'aide du professeur Kosinski, j'ai fait une cœliotomie sur la ligne blanche, dans les limites de la cicatrice existante. La tumeur adhère à la paroi antérieure de l'abdomen. Pour faciliter sa libération, je l'ouvre, et il s'en échappe environ 1 litre et demi de liquide séro-sanguinolent et d'une matière gélatineuse qui adhère aux parois.

La tumeur adhère intimement au rachis et aux gros rameaux; sa base répond au pancréas. La paroi du kyste est en certains points fortement épaissie, et ces épaississements forment des tuméfactions sur la surface intérieure du kyste. Je ne pouvais songer à l'extirpation du kyste. Tamponnement du kyste à la gaze. Un fragment de la paroi du kyste est prélevé pour examen histologique.

Suites post-opératoires. Apyrexie. Le kyste sécrète abondamment et nécessite un changement fréquent de compresses de pansement.

Au sixième jour après l'opération, écoulement de bile par la plaie, qui persiste jusqu'à la fin.

Malgré l'apyrexie, les forces de la malade déclinent rapidement et, deux semaines après l'opération, la malade meurt de cachexie progressive.

L'autopsie n'a pu être faite complètement; cependant elle permet de reconnaître exactement un cysto-carcinome du pancréas; la tumeur est développée en effet aux dépens de la tête de la glande qui a subi une atrophie marquée, une des parois teintée de jaune marque des rapports intimes avec le cholédoque qui s'ouvre dans la cavité du kyste.

La glande dans le reste de son étendue est augmentée de volume par le développement dans son épaisseur de plusieurs tumeurs qui s'affaissent à la ponction.

Le kyste s'étendait en haut jusqu'à l'estomac et le côlon transverse repose sur son sommet. Le foie est augmenté de volume. Les reins et la rate ne présentent pas de modifications apparentes.

Dans la cavité péritonéale on trouve un peu de liquide séro-sanguinolent libre.

L'examen chimique du liquide kystique, pratiqué par J. Pruszynski, montre l'absence de ferments pancréatiques.

Examen histologique :

La paroi du kyste présente une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Elle est formée de tissu conjonctif avec quelques cellules fixes en fuseau et un grand nombre de lymphocytes. Les vaisseaux sanguins sont rares. La surface externe de la paroi du kyste porte de nombreux noyaux cancéreux ronds, allongés, cylindriques ou fusiformes. Tous les boyaux cancéreux sont pleins et sont constitués par des cellules de moyenne grandeur, rondes ou polygonales, avec un grand noyau et un autre plus petit.

Les limites des noyaux cancéreux paraissent assez nettement marquées ; on y trouve des lymphocytes et de nombreuses cellules plasmatiques.

Quel peut être le mécanisme de la cholerrhagie ? Il est possible que l'évacuation du kyste favorise la rupture d'un conduit altéré par les sucs digestifs et englobé dans la paroi d'enkystement ; il est possible aussi qu'il s'agisse d'un phénomène d'ulcération et d'une sorte de digestion des parois du cholédoque. Ce fait serait à rapprocher d'un cas de Rudolph Gobell (1), dans lequel plusieurs mois après l'ouverture d'un kyste pancréatique, un anévrysme de l'artère splénique s'ouvrit dans la poche kystique demeurée fistuleuse. Il est assez remarquable cependant que l'accident cholerragique n'ait pas été noté plus fréquemment, spécialement dans les cas de kyste occupant la tête du pancréas.

Les rédacteurs d'observations ne sont pas, en général, très explicites sur le siège précis des kystes ; néanmoins, on peut considérer comme ayant primitivemement ou secondairement envahi la tête, les kystes qui se sont accompagnés d'ictère persistant. Oser (2) n'en avait pas rassemblé moins de quinze cas, et dans aucun il n'est dit que l'opération fut suivie de cholerrhagie ou que le kyste ait eu un contenu bilieux indiquant une communication avec la voie principale.

Notre observation présente encore quelque intérêt au point de vue de l'étude pathogénique encore obscure des kystes du pancréas.

Bon nombre de traités ne reconnaissent encore que deux groupes de kystes pancréatiques : les kystes par rétention et les kystes néoplasiques ; c'est la division qu'adopte Villar dans son rapport de 1905. Les premiers auraient pour origine l'obstruction du canal de Wirsung sous l'influence de causes diverses : calculs du cholédoque ou du Wirsung, cancer de l'ampoule ou du pan-

(1) R. Gobell. *Soc. allem. de Chir. clinique de Helferich.*, Kiel, 1907.

(2) Oser. *Nothnagel Encyclopédie.*

créas, pancréatite, etc. Quant à la théorie néoplasique défendue pour la première fois en France par M. Hartmann au Congrès de chirurgie de 1891, elle est acceptée actuellement sans conteste, et le rapprochement des kystes pancréatiques avec les cysto-épithéliomes de l'ovaire est devenu classique. Mais il ne faut pas exagérer leur fréquence, Carnot (1) ne craint pas d'écrire que, dans la grande majorité des cas, les kystes du pancréas dérivent d'une prolifération épithéliale à allure spéciale et que leur pathogénie est celle de tous les adénomes et de tous les épithéliomes.

Cette proposition nous paraît singulièrement exagérée ; elle est contredite par les faits.

Déjà en 1898 Korte faisait remarquer que les kystes à structure cystoadénomateuse bien démontrée se réduisaient à 13, et il admettait qu'avec ou sans nécrose la pancréatite interstitielle peut amener la dégénérescence des épithéliomes glandulaires, la digestion de la paroi et de la sorte, la transformation kystique ; il invoquait à l'appui de sa thèse la fréquence de la pancréatite et la fréquence de l'élimination des parties nécrosées du pancréas ; il donnait le nom de kystes lobulaires à cette variété de kystes.

Garré, au Congrès de chirurgie français de 1905, apporte trois observations de kystes du pancréas ; il indique en quelques lignes une pathogénie voisine de celle de Korte.

« L'étiologie de ces kystes se trouve en relation étroite avec des nécroses partielles du pancréas, que la nécrose pancréatique se soit produite par infarctus (embolie) ou par infection secondaire. » Il pense qu'il existe des pseudo-kystes qui n'ont rien de traumatique, qui ne sont pas hémorragiques et qui ont une origine nécrotique. Dans deux de ses observations personnelles, il se trouvait des lambeaux de tissu pancréatique nécrosé dans la cavité du kyste : dans l'un d'eux le morceau avait la grosseur d'une noix, dans le second il atteignait la valeur d'un œuf de poule.

Nous retrouvons cette élimination d'un fragment de pancréas dans une observation récente de Michalkine (2).

Rudolph Gobell soutient que la majeure partie des kystes dits glandulaires du pancréas ne sont au même titre que les kystes traumatiques que des pseudo-kystes, sans revêtement épithélial, et qu'ils sont dus à l'accumulation de liquide pancréatique à la faveur d'un foyer de nécrose.

Notre observation est très favorable à ces conceptions dernières. Nous avons trouvé, je le rappelle, un débris de tissu pancréatique

(1) Gilbert et Thoinot. Maladies du pancréas. *Traité de médecine et de thérapeutique*.

(2) *Chirourguia*, mars 1910.

flottant dans le liquide; nous devons à l'obligeance de M. Boidin un examen histologique de ce débris ainsi que du fragment de paroi kystique excisée par nous.

« Le débris se compose de tissu très difficilement colorable, ayant une lobulation encore assez nette; autour d'un petit canalicule, il n'y a plus aucune cellule et il ne reste; qu'un vague stroma fibrillaire de nature conjonctive, pas de cristaux d'acides gras, pas de type de cystostéatonécrose ».

Paroi du kyste : « Fibrilles conjonctives superficielles festonnées et décollées par un petit hématome superficiel; profondément tissu conjonctif très dense avec dans toute la préparation juste un cul-de-sac glandulaire ».

Ainsi pas de revêtement épithélial; paroi fibreuse limitant un simple kyste dont l'origine glandulaire est démontrée à la fois par les débris de canalicules et par la nature de son contenu.

D'après les dernières conceptions, que confirme notre observation, il semble donc que dans la majorité des cas, le point de départ des kystes soit la formation d'un foyer de nécrose qui ulcère et détruit un certain nombre de canalicules; puis ceux-ci déversent dans la cavité ainsi formée le produit de la sécrétion pancréatique. Il en résulte par un double processus de distension et de digestion des parois, un agrandissement progressif de la cavité et la formation d'un grand kyste.

Aucune théorie n'explique mieux à la fois la disposition anatomique et la structure du kyste, l'existence des débris de tissu pancréatique flottant dans la cavité, la nature du contenu, l'écoulement, après l'ouverture, d'un liquide qui continue à renfermer des ferments pancréatiques, la persistance des fistules, etc.

En résumé, les grands kystes du pancréas sont pour le plus petit nombre des kystes néoplasiques, pour le plus grand nombre des pseudo-kystes nés par auto-digestion d'un foyer de pancréatite; les kystes par rétention ne sont que des dilatations des conduits pancréatiques, trouvailles d'autopsie sans intérêt pour le chirurgien.

Ces notions d'anatomie pathologique et de pathogénie ne sont pas sans intérêt au point de vue du traitement. Si la plus grande partie des kystes dits glandulaires étaient néoplasiques, il est certain que le chirurgien devrait faire pour ainsi dire l'impossible pour extirper la poche. En réalité, l'extirpation n'est ni nécessaire ni réalisable. Elle n'est pas réalisable parce que les kystes ont non une paroi propre, mais une paroi d'enkystement; elle ne devient possible qu'avec une évolution gastrocolique et surtout une localisation dans la queue du pancréas et une certaine pédi-

culisation. Il n'est donc indiqué de s'embarquer dans une tentative d'extirpation que si l'examen attentif des rapports et de la nature du kyste fait présumer que l'extirpation pourra être totale. Il n'y a en effet aucun avantage à pratiquer une opération d'extirpation partielle.

On aurait une fausse idée de la gravité de l'extirpation si on se bornait aux statistiques publiées dans le rapport du Congrès de chirurgie de 1905 : elles auraient donné seulement 2 morts pour 26 cas, c'est-à-dire une mortalité de 5 p. 100, et encore il s'agit de 2 cas anciens de Billroth et Riedel remontant à 1885; la marsupialisation, au contraire, aurait donné une mortalité supérieure de 7 p. 100 (7 morts sur 125 cas); mais il ne semble pas que les extirpations partielles aient été mises au compte de la méthode, or, ces extirpations partielles paraissent les plus graves si on ne décore pas, bien entendu, du nom d'extirpation la simple excision d'un petit morceau de paroi kystique.

En effet, dans la statistique de Gobell publiée au Congrès de chirurgie allemand de 1907, on compte, sur 227 cas opérés, 28 extirpations totales, 9 extirpations partielles et 190 marsupialisations. Les totales ont donné 3 morts, soit 10 p. 100; les partielles 5 morts, soit 55 p. 100, et les marsupialisations 7 morts, soit 3 p. 100; l'ensemble des extirpations partielles et totales (37) donnerait 8 morts, soit 21 p. 100.

La statistique plus récente de Kijewski, qui porte sur 240 cas, comprend 199 marsupialisations avec 22 morts et 43 extirpations avec 8 morts, ce qui abaisserait le pourcentage de ces dernières à 18, mais le cas de Potherat n'est pas cité, ce qui relèverait le pourcentage à 20,4.

Je n'ai envisagé que le pronostic opératoire, les résultats définitifs dépendent encore moins du mode opératoire que de la nature et de l'étendue de la lésion pancréatique : c'est ainsi qu'une lésion kystique ailleurs bénigne comporte pour le pancréas, en raison des fonctions de la glande et aussi en raison de l'action du suc pancréatique sur les tissus, une gravité toute particulière, alors même qu'il ne serait nullement question de dégénérescence épithéliale.

La pharyngotomie rétro-thyroïdienne appliquée à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Pierre Sebileau. — En 1904, j'ai décrit et réglé avec mon maître Quénu (1), sous le nom de « pharyngotomie rétro-thyroïdienne », une opération dont celui-ci m'avait donné l'idée, et qui avait déjà permis à chacun de nous d'extraire des corps étrangers de la cavité pharyngée.

Cette pharyngotomie latérale rétro-thyroïdienne, exclusivement latérale et exclusivement rétro-thyroïdienne, cette pharyngotomie non combinée, nous avait paru une opération assez facile, assez élégante, et tout à fait propre, non point à permettre de grandes opérations dans la région du carrefour aéro-digestif (laryngo-pharynx, vestibule laryngé), mais bien à pratiquer l'extraction des corps étrangers du pharynx ; même, il nous avait semblé qu'elle pourrait être, dans certains cas, avantageusement appliquée à l'extraction des corps étrangers de la portion médiastinale supérieure de l'œsophage. Voici d'ailleurs ce que nous écrivions à cette époque :

« Elle nous paraît même applicable, dans un grand nombre de cas, à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. La facilité de son exécution, la large ouverture qu'elle permet de créer dans la partie inférieure de la cavité pharyngée, l'extrême aisance avec laquelle on peut, par la brèche ainsi faite, introduire profondément dans l'œsophage une pince légèrement recourbée, nous font penser que, dans un bon nombre de cas au moins, cette opération remplacerait avantageusement l'œsophagotomie cervicale, qui reste, malgré tout, une opération assez délicate, même dans les mains de ceux qui ont eu l'occasion de la pratiquer plusieurs fois (2). »

Depuis cette époque, il m'était arrivé souvent d'enseigner et de pratiquer la pharyngotomie rétro-thyroïdienne devant les élèves, dans mes leçons de médecine opératoire de Clamart. Mais si, dans l'exercice de la chirurgie appliquée, j'avais eu souvent l'occasion de pratiquer des pharyngotomies combinées pour ablation de néoplasmes (pharyngectomie, laryngectomie partielle), je n'avais jamais trouvé celle de réaliser une simple pharyngotomie rétro-

(1) Quénu et Sebileau. La pharyngotomie rétro-thyroïdienne. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, juin 1904, n° 6, p. 509.

(2) Pierre Sebileau. L'œsophagotomie externe appliquée, chez l'enfant, à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, janvier 1903.

thyroïdienne, une simple pharyngo-fissure temporaire pour extraction de corps étranger.

Un malade adulte, récemment entré dans mon service, malade que je vous présente, vient précisément de me fournir ces jours-ci cette occasion.

Le jeune homme dont il s'agit avait avalé, trois jours avant son entrée dans mon service, un gros os de lapin. Il souffrait derrière le sternum et présentait de la dysphagie.

La radiographie nous montra l'existence, derrière la fourchette sternale, d'un corps opaque, triangulaire, placé de face, appuyé par deux angles sur le flanc droit et sur le flanc gauche de l'œsophage, offrant sa base à la coulée alimentaire, et tournant sa pointe vers l'extrémité cardiaque de l'œsophage.

Mon collègue et ami Lemaître, plus spécialement chargé dans mon service de tous les examens cavitoscopiques, pratiqua avec moi l'œsophagoscopie.

Il nous fut facile de découvrir le corps étranger, orienté comme je le disais plus haut.

Nous pûmes observer aussi (il y avait cinq jours que l'accident était arrivé) deux plaques blanc grisâtre, manifestement sphacéliques, qui dégageaient, par l'extrémité du tube, une odeur tout à fait fétide.

Nous essayâmes de libérer le corps étranger, de l'extraire par des manœuvres douces et prudentes : cela nous fut tout à fait impossible; l'os était pour ainsi dire implanté, de chaque côté, dans la paroi de l'œsophage, là, précisément, où la muqueuse avait subi son processus de gangrène.

Je décidai alors de recourir à l'extraction par création d'une voie artificielle.

L'œsophagotomie externe me paraissait *a priori* plus raisonnable que la pharyngotomie latérale rétro-thyroïdienne; cependant j'avais conservé de celle-ci le souvenir d'une opération donnant un accès si facile dans le tiers supérieur de l'œsophage; et, la com-comparant à quelques œsophagotomies externes que j'avais déjà pratiquées, je la trouvais d'une exécution si simple et si rapide, elle m'apparaissait, enfin, si bénigne, que je me décidai à la pratiquer. Mais je résolus de la pratiquer à gauche pour pouvoir, le cas échéant et en cas d'insuccès, la terminer par une œsophagotomie.

Je l'exécutai suivant le procédé que nous avons conseillé, Quénu et moi.

La technique que nous avons décrite, et que j'ai suivie depuis lors plusieurs fois sur le cadavre, est en effet, à ce qu'il me semble, parfaitement réglée, et je ne crois point qu'il y ait rien à y ajouter ni rien à y retrancher.

Lorsque le pharynx fut ouvert, j'introduisis dans la partie supérieure de l'œsophage une longue valve, mince et étroite, à hystérectomie vaginale. Je découvris le corps étranger, dont à l'aide de la lumière du miroir de Clar, j'étudiai très facilement l'orientation; avec la pince de Brunnings, je pus facilement extraire celui-ci, non pourtant sans m'être aidé de l'index gauche, qui dilatait le conduit et livrait ainsi passage au fragment d'os.

Je vous présente celui-ci, qui a bien la forme d'un triangle à côtés égaux. Chaque côté dépasse de 3 millimètres le diamètre d'une pièce de dix centimes.

Les suites opératoires furent bonnes ; la température du malade ne dépassa pas 37°5.

Il y eut une légère désunion de la plaie pharyngée, due à ce que, n'ayant pas sous la main une sonde en caoutchouc vulcanisé suffisamment longue, je dus introduire dans la fosse nasale une sonde œsophagienne, en gomme élastique; or, les fosses nasales ne supportent pas les instruments de cette sorte.

Il fallut donc, au bout de quarante-huit heures, enlever la sonde que j'avais placée. Aussi, pendant une huitaine de jours, coula-t-il un peu de liquide alimentaire (eau sucrée) par la plaie cervicale. Cela fut sans la moindre importance et retarda à peine la guérison.

Voilà donc un cas où il m'a semblé qu'il y avait avantage à ne pas insister dans des manœuvres d'extraction par la méthode œsophagoscopique, et je me félicite d'avoir eu recours à la voie chirurgicale.

Il ne faut pas croire, en effet, que l'œsophagoscopie soit en tous cas bénigne et efficace.

Ce n'est pas à moi, chef d'un service où elle est journellement pratiquée et où jusqu'à ce jour nul accident n'a été observé, qu'il appartient de diminuer une méthode dont j'ai parlé ici le premier, et dont j'apprécie tous les jours les grands services qu'elle rend à la chirurgie.

Mais il ne faut pas juger d'elle exclusivement par tous les récits qu'on lit de sa triomphale histoire. Les cas heureux sont mis au jour, les cas malheureux sont oubliés.

Il y a des morts après l'œsophagoscopie, et des morts qui surviennent soit après la simple œsophagoscopie d'exploration, soit après l'œsophagoscopie suivie de tentatives thérapeutiques.

Il faut bien se dire, en effet, que le fait de pratiquer des manœuvres d'extraction dans l'intérieur de la cavité œsophagienne, en s'aidant de la lumière et par conséquent avec le concours de la vue, il faut bien se dire, répétons-le, que cela ne met pas fatalement le malade à l'abri de tout danger.

Il faut tenir compte des erreurs d'interprétation ; de la distance à laquelle on opère ; de la difficulté de mesurer à cette distance les mouvements qu'on exécute; de la longueur du bras de levier des instruments avec lesquels on agit ; de l'imperfection, de l'imprécision de ces instruments (étant donnée leur longueur, ils ne peuvent pas ne pas être défectueux) ; enfin et surtout des lésions œsophagiennes et de l'enclavement du corps étranger.

Malgré tout, les manœuvres qu'on exécute restent, dans une certaine mesure, des manœuvres aveugles ; car il est des choses qui échappent, sinon à l'examen, au moins à l'interprétation ; particulièrement dans les cas où il y a une altération nécrotique des parois de l'œsophage, il est impossible de mesurer, même avec une grande habitude de l'œsophagoscopie, les effets qui peuvent résulter de l'extraction des corps étrangers œsophagiens, dès qu'on pratique celle-ci autrement qu'avec une grande douceur.

Enfin, il est bon de rappeler qu'une séance d'exploration œsophagoscopique nécessite de la part du patient du sang-froid, de la patience, un réel empire sur soi.

Pour toutes ces raisons, voici ce que je pense actuellement du traitement des corps étrangers de l'œsophage.

Les corps lisses, sans aspérités, dont les pièces de monnaie représentent la presque totalité, doivent être extraits, si leur introduction est de date récente, par les procédés anciens (panier de de Graefe), sans exploration œsophagoscopique préalable, après confirmation radioscopique ou radiographique du diagnostic. N'agir qu'avec douceur, ne pas insister s'il y a résistance ; ne pas persister s'il y a échec.

Les corps étrangers irréguliers, munis de saillies, quelle que soit la date de leur introduction, et les corps étrangers lisses s'ils sont depuis quelques jours dans l'œsophage ou s'ils n'ont pu être extraits par les procédés anciens, sont tous justiciables de l'exploration œsophagoscopique et de tentatives d'extraction sous le contrôle de cette exploration. L'extraction échoue souvent ; mais il arrive fréquemment que le corps étranger libéré par les manœuvres est simplement dégluti. Mais ces tentatives d'extraction doivent rester des méthodes d'exceptionnelle douceur. Si le corps étranger ne se désenclave pas facilement, s'il résiste à de prudentes manœuvres de bascule, de traction, si surtout l'examen montre sur les parois de l'œsophage l'existence de lésions nécrotiques, il faut abandonner la partie et recourir à la création de voies artificielles. Il est moins grave d'ouvrir une bouche pharyngée ou œsophagienne dans le cou que d'employer la moindre force à extraire un corps étranger du canal alimentaire par les voies naturelles.

Quelle est, de ces deux voies artificielles, pharyngotomie ou œsophagotomie, la plus avantageuse? Il est si facile de dilater et d'explorer l'œsophage par la brèche rétro-thyroïdienne que je ne serais pas éloigné de donner la préférence à la pharyngotomie.

Présentations de malades.

Fracture oblique du tibia, traitée par l'appareil de Lambret.

M. Quénu. — Je présente un malade atteint, dans les premiers jours de novembre dernier, d'une fracture oblique de jambe ; je pense que c'est la première fracture oblique de jambe qui ait été traitée par l'appareil de Lambret.

Voici les radiographies qui montrent le déplacement avant la réduction, déplacement angulaire et chevauchement; j'appliquai l'appareil de Lambret le 9 novembre, mais en plaçant la tige inférieure dans le calcanéum, c'est un point sur lequel j'insiste aujourd'hui et sur lequel j'aurai à revenir plus tard. Malgré les grandes défectuosités de l'appareil, le résultat a été excellent, j'enlevai les broches au bout de trente jours et le malade commença de marcher quarante jours après l'application de l'appareil ; il quittait l'hôpital quelques jours après, sans aucun raccourcissement, avec une correction parfaite et une mobilité absolue des deux articulations du genou et du cou-de-pied.

Je signale encore ce fait, c'est que dès l'application de l'appareil le malade ne ressentit plus aucune douleur, il pouvait soulever son pied et le tourner en tous sens dans le lit.

Au moment de la réduction il restait un petit déplacement antéro-postérieur qui fut corrigé avec la pression d'une pointe métallique. Je parlais des défectuosités de l'appareil, j'ai entrepris avec la collaboration de mon chef de clinique, M. Mathieu, de perfectionner cet appareil dont le principe est excellent. J'espère avant peu vous faire à ce sujet une communication.

Difformité faciale consécutive à une ostéomyélite du maxillaire inférieur, corrigée par l'extirpation des cicatrices et l'insertion sous les téguments mobilisés d'une greffe adipeuse.

M. H. Morestin. — J'ai fait à la chirurgie esthétique l'application de la greffe graisseuse recommandée par Chaput pour l'obturation des cavités osseuses et utilisée par Tuffier dans le traitement de certaines lésions thoraciques. Je pense que cette méthode peut rendre des services très divers et notamment nous aider dans la restauration de quelques difformités faciales.

La malade que je vous présente en fournit la preuve.

Cette jeune femme était véritablement défigurée quand elle est entrée dans mon service, à l'hôpital Tenon, le 11 novembre 1910.

L'évolution de la dent de sagesse inférieure du côté droit avait provoqué chez elle des accidents formidables. Elle avait eu de l'ostéomyélite du maxillaire, une fracture spontanée de cet os; elle avait éliminé plusieurs séquestres, perdu toutes les molaires du côté correspondant; une abondante suppuration avait détruit le tissu cellulaire dans une grande étendue autour du foyer et nécessité de larges débridements. Bref, elle guérit, mais en gardant une asymétrie faciale, une cicatrice large, irrégulière, profondément déprimée, adhérente au maxillaire inférieur et s'étendant depuis le voisinage de l'oreille jusqu'au menton.

En outre, persistait une constriction fort accusée des mâchoires, les incisives ne pouvant s'écarter au delà d'un centimètre.

C'est alors que M. Roy, dentiste des hôpitaux, qui avait donné ses soins à la malade et l'avait aidée à sortir de sa périlleuse situation, voulut bien me l'adresser.

Je commençai par m'occuper de la constriction, par l'application subcontinue de coins élastiques et des séances de dilatation sous l'anesthésie générale à l'aide de puissants écarteurs, ce qui nous donna promptement un résultat des plus satisfaisants et presque inattendu.

Ce traitement préliminaire achevé, je songeai à réparer la difformité faciale qui était abominable.

Le 30 novembre, j'excisai toute la cicatrice qui était fort irrégulière, intimement unie au maxillaire, et dans sa partie moyenne offrait près de deux travers de doigt de largeur.

Je libérai ensuite la peau sur une assez grande étendue tant du côté de la joue et de la région parotidienne que du côté du cou, libération délicate, car le tissu cellulaire était modifié, induré, toute la région modifiée par le processus inflammatoire dont elle avait été le siège, et je pouvais craindre de léser la parotide et

les filets du facial. Ayant néanmoins obtenu une convenable mobilisation des téguments. je tamponnai la plaie pour assurer l'hémostase pendant que j'allais me procurer les matériaux de la greffe adipeuse.

Je prélevai dans la fesse droite de la malade un paquet de graisse du volume d'un petit œuf et le transportai incontinent dans la plaie faciale. Avec les ciseaux, je le réduisis de façon à l'adapter aux dimensions et à la forme de cette plaie, et fermai enfin celle-ci par des sutures à la soie très fine.

Les suites de l'intervention furent très bonnes; il n'y eut du côté de la plaie aucune réaction; la greffe fut parfaitement acceptée. Sa consistance se modifia très rapidement et l'on put sentir le bloc graisseux sous forme d'une masse assez ferme, assez fortement adhérente aux téguments.

Une difficulté réelle en pareil cas est d'obtenir la symétrie exacte. Le modelage est malaisé quand la brèche à combler est importante, d'autant plus qu'il faut compter avec les modifications qui doivent survenir du côté de la greffe. Comptant sur une rétraction probable de celle-ci, j'en avais laissé un certain excédent, mais je dus plus tard exécuter une petite retouche pour mettre les choses absolument au point.

C'est ce que j'ai fait le 4 février dernier, bien que la greffe se fût déjà spontanément affaissée et réduite dans une proportion appréciable.

J'ai donc incisé sur la cicatrice linéaire de ma précédente intervention.

J'ai pu m'assurer ainsi que la partie centrale de la greffe avait cessé de vivre, présentait une coloration d'un jaune clair homogène, et une consistance demi-molle, qu'elle offrait l'aspect d'un infarctus, d'une nécrose aseptique, au lieu que la périphérie était rosée, vascularisée, pénétrée et vivifiée par des vaisseaux venus des parties avoisinantes.

J'en excisai, en m'attaquant surtout à sa partie centrale, une série de tranches minces, et finalement la réduction, me paraissant suffisante, je refermai la plaie avec quelques fils de soie. Ces fils furent coupés au cinquième jour; la réunion était alors complète.

Le résultat est tout à fait bon, et l'opération a métamorphosé cette pauvre femme, dont le visage est maintenant parfaitement symétrique et n'offre plus rien de choquant.

Rupture traumatique d'une hernie ombilicale.

M. H. MORESTIN. — Je vous présente ma vieille Da, qui a été récemment victime d'un accident grave autant que rare, la rupture traumatique d'une hernie ombilicale volumineuse, et qui est sortie vivante de cette terrible aventure.

Vous ne savez pas ce que c'est qu'une Da. A la Martinique où, dans chaque famille, les enfants sont habituellement très nombreux, la mère, constamment enceinte ou nourrice, a grandement besoin d'assistance. Il se trouve toujours quelque négresse excellente pour lui apporter un dévouement absolu, inlassable et désintéressé. C'est ce qu'on appelle une Da. La Da se voue complètement à la famille qu'elle adopte, dont elle prend le nom, dont elle partage la bonne ou la mauvaise fortune, dont elle ne peut plus se séparer, à laquelle elle est en quelque sorte incorporée. Aussi est-il bien naturel que les créoles gardent à leur Da une affection profonde et une tendre vénération.

Léonise Narcisse, ou Da Morestin, est aujourd'hui fort âgée, mais il est impossible de préciser son âge. Elle est née sous l'esclavage, à une époque où les nègres n'avaient pas d'état civil bien régulier. Elle a au moins soixante-quinze ans. Après la catastrophe de 1902, à laquelle elle a pu échapper, elle a suivi en France *sa* famille.

Da est non seulement âgée, mais bien vieille. Ses genoux sont tout déformés par l'arthrite sèche, ses mains tremblent.

Depuis sa jeunesse elle porte un fibrome utérin qui n'a pas cessé encore de déterminer des métrorragies souvent très abondantes.

Depuis qu'elle a fait connaissance avec l'hiver, elle présente de la bronchite chronique et de l'emphysème. Les quintes de toux trop fréquemment répétées ont amené au cours de ces dernières années une aggravation rapide d'une hernie ombilicale dont le début remontait à l'enfance et dont il me reste à parler.

Chez les négrillons, les hernies ombilicales sont extrêmement communes, et comme ils sont généralement peu ou pas vêtus, il n'est que trop facile de les examiner. On est surpris du volume de ces hernies et de leur configuration, qui est celle d'un long boudin incurvé et pendant au devant de l'abdomen.

Quand le sujet grandit, cette hernie rétrocède et disparaît presque toujours d'une façon définitive. Aussi les hernies ombilicales sont-elles exceptionnelles chez les nègres adultes, même chez les femmes, en dépit des grossesses répétées.

Mais parfois les hernies infantiles disparaissent incomplète-

ment; il en persiste une ébauche susceptible de se développer plus tard. C'est ce qui s'est passé chez Narcisse, qui dans son enfance a eu le « gros nombril » et qui dans l'âge adulte a vu survenir une de ces hernies de retour.

Celles-ci offrent un aspect un peu particulier; au rebours des hernies acquises communes de l'ombilic, elles offrent une disposition pédiculée et leurs enveloppes sont relativement minces. Il n'est pas indifférent de rappeler ces détails à propos du cas actuel.

Depuis trente ans, chez notre malade, la hernie n'a cessé de prendre des proportions, et celles-ci sont devenues, au cours des cinq ou six dernières années, considérables pour une hernie de cette espèce, atteignant trois fois le volume du poing. A diverses reprises se produisirent à sa surface de petites exulcérations dues au frottement contre les vêtements et qui guérirent par des soins très simples. Aucune ceinture ne put contenir la hernie, à cause de la difficulté d'en faire l'application sur ce ventre déformé par un fibrome et sans cesse ébranlé par la toux.

Pendant l'année 1910 survinrent plusieurs crises d'étranglement, dont une au mois de décembre fut particulièrement alarmante. J'hésitais, dans les conditions défavorables où se trouvait la malade, à tenter une intervention qui était certes indiquée, mais dont le pronostic apparaissait des plus sérieux, quand l'événement vint me forcer la main.

Le 17 janvier dernier, la pauvre Narcisse revenant de Saint-Germain-des-Prés, et voulant franchir le boulevard Saint-Germain, tomba face contre terre.

Le ventre porte directement sur le sol, et le poids du corps vient comprimer brusquement la hernie constamment extériorisée et pendante au devant de l'abdomen. La poche éclate, et son contenu s'étale sous les jupes. La malheureuse se relève, revient à pied rue du Four, monte trois étages, et attend plus d'une heure avant de raconter ce qui lui est arrivé.

Deux heures et demie se passent avant que je sois auprès d'elle. Il est déjà 8 heures du soir. Je la trouve très affaiblie, très pâle, avec des nausées et souffrant beaucoup. Une masse énorme d'intestin est répandue sur l'abdomen, du sang coagulé couvre en partie les anses, et les agglutine aux vêtements.

Il faut encore trois quarts d'heure pour rassembler les instruments les plus indispensables, les pièces de pansement, le minimum nécessaire pour une intervention d'urgence. L'opération a lieu dans une petite salle à manger, avec l'aide de mes jeunes frères, Amédée et Paul Morestin.

Je barbouille de teinture d'iode la peau de l'abdomen et de la

racine des cuisses. On administre quelques bouffées de chloroforme.

Je nettoie les anses avec de l'eau bouillie tiède, puis avec de l'alcool. Il y a à l'extérieur un mètre environ d'intestin grêle, et l'épiploon sortant par une déchirure transversale des enveloppes. Deux petits ponts réunissent les deux lèvres de la déchirure, formant des brides sur lesquelles s'étranglent deux anses. L'épiploon est adhérent à la poche; il faut le détacher et en réséquer une partie.

La réduction des anses est très laborieuse; il faut pour y réussir débrider l'anneau ombilical.

La réintégration obtenue, j'excis les enveloppes, et procède à la suture de l'anneau selon une ligne transversale. Cette première suture est enfouie sous une nouvelle ligne de suture également transversale, et finalement la plaie cutanée est réunie toujours transversalement. J'ai soin de laisser un petit drain pénétrant jusque dans le péritoine.

Vous pensez avec quelle émotion j'ai surveillé les suites de cette opération, qui offrait si peu de chances de succès. Tout se passa bien du côté de l'abdomen. Il n'y eut aucune réaction péritonéale, et la plaie opératoire, dont le drain avait été retiré au troisième jour, réunit par première intention, sauf au niveau de l'orifice de drainage qui donna pendant quelques jours issue à un léger suintement.

Mais la malade faillit être emportée par une lymphangite de la jambe, qui se déclara au quatrième jour, affection dont elle avait déjà eu bien des fois à souffrir antérieurement, mais qui jamais n'avait présenté une allure aussi inquiétante, température à 40°5, délire, intermittences cardiaques. Les choses s'arrangèrent après des badigeonnages énergiques de teinture d'iode sur tout le membre inférieur.

Plus tard encore elle eut de la congestion pulmonaire.

Mais enfin tout s'est terminé heureusement; notre vieille Da a repris sa vie habituelle et c'est pour moi une joie véritable de vous la montrer aujourd'hui parfaitement guérie.

Bec-de-lièvre bilatéral avec saillie de l'os incisif sans fissure palatine. Résultat opératoire.

M. Savariaud. — Vous vous rappelez sans doute cet enfant que je vous ai montré dans l'avant-dernière séance. Je vous demandais ce qu'il convenait de faire de l'os incisif. Après avoir essayé

de le conserver, je me suis rendu compte qu'il était impossible de le souder aux deux maxillaires et que, de plus, les incisives auraient regardé franchement en arrière. Dans ces conditions, j'ai pris le parti de le supprimer.

Le résultat doit être envisagé au point de vue de la lèvre et au point de vue du nez. En ce qui concerne la lèvre, que j'ai opérée d'après mon procédé, si le résultat est moins parfait que chez le petit malade que je vous ai présenté le 22 novembre dernier, cela tient à ce que les difficultés étaient plus grandes. Relativement à la sous-cloison, elle s'est désunie d'avec la lèvre supérieure et, de plus, elle est trop exubérante. J'ai l'espoir de remédier à ces défauts au prix d'une retouche.

Syndactylie par accolement opérée par un procédé très simple

M. Savariaud. — La syndactylie par accolement large des doigts est justiciable de procédés plus ou moins complexes : procédé de Félizet, que je n'ai jamais essayé, mais qui ne me tente guère; procédé de Didot, qui ne peut guère être employé que pour des palmatures simples. Les modifications que lui ont fait subir Forgue et Berger le transforment en méthode compliquée, surtout cette dernière.

Il m'a semblé, et ce cas en est la démonstration frappante, qu'il était possible à l'heure actuelle de procéder d'une façon beaucoup plus simple. Dans le cas de syndactylie par accolement, il est toujours possible, grâce à l'élasticité de la peau, de supprimer une partie des surfaces cruentées en suturant la peau dorsale à la peau palmaire, à la condition de faire des sutures très rapprochées au bord de la plaie. Les parties cruentées qui persistent au niveau des articulations sont recouvertes avec des greffes de Thiersch. Quant à la commissure, il importe de la refaire avec le plus grand soin, grâce à un lambeau dorsal taillé à la façon de Félizet.

En suivant cette méthode, j'ai pu, sur cet enfant, qui avait de chaque côté le médius fusionné avec l'annulaire, obtenir sa guérison complète en cinq semaines, soit environ quinze jours pour chaque opération.

Outre sa très grande simplicité, ce procédé a l'avantage de dissimuler complètement la cicatrice.

Double pied bot paralytique traité d'un côté par l'opération de Chibret et de l'autre par l'arthrodèse totale.

M. Savariaud. — Je donne le nom d'arthrodèse totale du cou-de-pied à l'arthrodèse qui porte sur les trois articulations tibio-tarsienne, sous-astragalienne et médio-tarsienne. Dans le cas de pied bot paralytique grave varus équin ou valgus équin, il semble que ce soit cette triple opération qui doive donner le meilleur résultat, et c'est en effet ce que m'a démontré mon expérience personnelle.

L'opération de Chibret, qui consiste à enlever l'astragale et à tenter l'ankylose tibio-calcanéenne, ne semble pas *a priori* devoir donner un aussi bon résultat.

Le malade que je vous présente, et qui est un cas grave de paralysie des deux membres inférieurs, semble cependant démontrer le contraire.

Chez ce malade, j'ai pratiqué, il y aura bientôt deux ans, sur le pied droit atteint de varus équin, l'ablation de l'astragale complétée par l'avivement tibio-calcanéen selon Chibret. Vous voyez que le résultat est parfait. Le pied appuie normalement sur le sol, ainsi que vous le démontre l'empreinte plantaire que je vous présente et, grâce à une certaine souplesse de l'avant-pied, il ne fatigue point. La soudure tibio-calcanéenne paraît complète, ainsi que le montre la radiographie ci-jointe.

Sur le pied gauche, qui était équin, et surtout valgus, je suis intervenu à deux reprises. La première fois, j'ai anastomosé le tendon d'Achille avec le jambier postérieur; la récidive est survenue tout de suite, et cela ne vous étonnera guère. La seconde fois, je lui ai fait, par voie dorsale externe, l'arthrodèse totale. Le pied a été mis sous le plâtre pendant trois mois, et l'opéré a marché ensuite avec des chaussures orthopédiques. A-t-il marché trop tôt, c'est probable. En tout cas, ce qui est certain, c'est que le valgus s'est reproduit, avec un peu d'équinisme. Actuellement, sept mois après l'opération, il ne semble pas que l'ankylose osseuse soit obtenue.

J'ai l'intention de redresser ce pied gauche au moyen de l'opération d'Ogston, faite au ciseau. Je me suis demandé également si je ne pourrais pas rétablir la marche sur le talon au moyen de l'opération de Gleich.

Large lymphangiome de la plante du pied. Ablation. Greffe italienne. Guérison.

M. Mauclaire. — Voici un petit malade qui présentait une affection assez rare : c'était un lymphangiome congénital de la plante du pied. Cette tumeur occupait les deux tiers externes de toute la plante. En novembre dernier, j'ai pratiqué l'ablation, puis, dans la même séance opératoire, j'ai fait une greffe italienne en prenant le lambeau à la face interne de la cuisse du côté opposé. L'enfant a bien supporté pendant quinze jours cette position désagréable. J'ai sectionné le pédicule le quinzième jour. La greffe est restée vivace et le malade marche bien sur sa greffe.

Voici l'examen histologique de la tumeur, fait par M. Bory, chef du Laboratoire chirurgical de la Charité :

Les vaisseaux sont situés dans la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané épaissi.

Ce sont en effet de gros vaisseaux lymphatiques énormément dilatés, mais complètement modifiés dans leur structure et à peu près complètement oblitérés par un tissu spécial, prenant vivement les colorations et constitué, semble-t-il, par un tissu conjonctif jeune, dense, entremêlé de fibres musculaires lisses et de quelques éléments lymphatiques.

C'est un véritable *caillot lymphatique* organisé ; rétracté, sa limite périphérique est sinueuse et bordée par une ou plusieurs lignes circulaires de cellules plates, analogues à celles qui bordent les fentes lymphatiques et qu'on peut assimiler à de véritables cellules endothéliales.

Entre ce bouchon conjonctivo-musculaire rétracté et la paroi, confondue avec les tissus environnants, existe un véritable sinus circulaire où de minces cloisons donnent un aspect feuilleté assez particulier, et où devait encore circuler la lymphe, à la périphérie du vaisseau.

Les fentes lymphatiques des tissus voisins sont naturellement très dilatées.

Quant au tissu non cutané, très épaissi, il est également assez fortement sclérosé au voisinage de la surface, et en réaction chronique, comme l'indique une abondance particulièrement anormale de nombreux mastzellen à grains métachromatiques.

Il s'agit bien d'un lymphangiome congénital.

Scalp de la région fronto-pariétale. Greffes de Thiersh, pour la partie postérieure et greffe italienne pour la partie frontale.

M. Mauclaire. — Voici une jeune fille de vingt ans, qui dans une filature avait été scalpée dans la région antérieure du cuir

chevelu et présentait en outre une dénudation de la région frontale. L'os frontal était à nu sur toute son étendue. M. Devillers, le médecin traitant, fit une série de greffes de Thiersh, directement sur l'os qui était à nu. Peu à peu, en même temps que la cicatrisation, il se fit une rétraction de la paupière en haut. En décembre dernier, je fis l'ablation du tissu cicatriciel fronto-sus-orbitaire et mis une greffe italienne avec un lambeau rectangulaire pris sur l'avant-bras gauche. Le pédicule a été coupé le quinzième jour. La greffe est restée vivace. Peu à peu le lambeau greffé s'est étalé et il est remonté vers le sommet du crâne. La paupière n'est plus rétractée.

Ulcère perforé du duodénum.

M. Lecène, chirurgien des hôpitaux, lit une note sur un cas d'*ulcère perforé du duodénum* simulant une appendicite aiguë. Opération, guérison ; présentation du malade.

La communication de M. Lecène est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Hartmann est nommé rapporteur.

Présentation de pièces.

Appendicite gangreneuse et calculeuse déjà perforée au bout de quarante-huit heures. Appendicite à rechute opérée au début d'une crise.

M. Savariaud. — L'ablation de l'appendice au début de la crise passe à bon droit pour être bénigne, et les plus prudents d'entre nous avouent qu'ils ne demanderaient pas mieux que d'opérer dans ces conditions si l'occasion leur en était offerte.

Permettez-moi de vous dire, après bien d'autres, que si vous n'aviez pas déclaré *urbi et orbi* qu'il faut commencer par mettre de la glace et attendre les événements, vous auriez plus souvent l'occasion d'être appelés au début de la maladie.

J'ai entendu dire à des médecins de quartier qu'ils avaient renoncé à envoyer leurs appendicites au début de la crise dans tels et tels hôpitaux, parce que toujours on les traitait par le refroidissement et qu'on les renvoyait ensuite dans leurs foyers attendre l'époque de l'appendicectomie.

Je ne veux pas préjuger de savoir si cette conduite est bonne ou

mauvaise, mais ce que je sais bien, c'est que dans ces conditions les chirurgiens ne doivent pas s'étonner de n'avoir jamais l'occasion d'opérer dans les quarante-huit premières heures.

Pour ma part, depuis que les médecins de ma circonscription savent que je ne redoute pas l'opération précoce, et depuis surtout qu'ils en ont vu les bons résultats, j'ai remarqué qu'ils m'envoient leurs malades à une période de plus en plus rapprochée du début, pour peu que la maladie ne prenne pas une allure très favorable.

C'est ainsi que pas plus tard qu'hier j'ai pu enlever ces deux appendices. Le premier est un appendice gangrené et perforé au contact d'un gros calcul, opéré un peu plus de quarante-huit heures après le début d'une crise qui avait été assez bénigne pour que l'enfant pris le matin ait pu déjeuner à midi comme à l'ordinaire. C'était une première crise.

Le second cas est une appendicite à rechute (crise forte il y a cinq ans, crise bénigne il y a deux ans) opérée au début de sa troisième attaque. La violence du début, un pouls à 132, et le fait que j'étais à la trentième heure, m'ont fait intervenir. J'ai trouvé un épanchement séreux très abondant, des anses rouges et un appendice méso-cœliaque très adhérent par sa pointe, qui était au voisinage de la colonne vertébrale.

Élection.

NOMINATION D'UNE COMMISSION DE CINQ MEMBRES TITULAIRES CHARGÉE D'EXAMINER L'OPPORTUNITÉ D'UNE MODIFICATION DES STATUTS DE LA SOCIÉTÉ.

Votants : 39.

Majorité absolue : 20.

Ont obtenu :

MM.	DEMOULIN	36	voix.	Élu.
	AUVRAY	35	—	—
	BAZY	20	—	—
	WALTHER	30	—	—
	BROCA	27	—	—
	PICQUÉ	7	—	
	MORESTIN	6	—	
	QUÉNU	5	—	
	SAVARIAUD	4	—	

Le secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. A. BROCA, demandant un congé, pendant le concours du Bureau central (médecine).

A propos de la correspondance.

M. ROUTIER. — J'ai l'honneur de déposer la lettre suivante, que j'ai reçue du professeur Kümmell (de Hambourg), qui me croyait encore votre Président.

Monsieur le Président de la Société de Chirurgie de Paris.

Très honoré Confrère,

Permettez-moi de vous exprimer, et en même temps à tous les membres de votre illustre Société, mes plus sincères remerciements de m'avoir nommé membre correspondant étranger. Je suis fort flatté de ce grand honneur de pouvoir me nommer membre correspondant d'une des plus connues et plus anciennes Sociétés chirurgicales du monde entier. J'espère bientôt avoir le plaisir de pouvoir venir à Paris pour assister à une des séances de la Société de Chirurgie et de pouvoir exprimer verbalement tous mes sentiments les plus sincères. En attendant, croyez à ma plus haute considération.

PROF. KUMMELL.

Rapports.

Un cas de péricardite tuberculeuse à grand épanchement séro-hématique traité par la péricardiotomie sans drainage. Guérison, par M. O. JACOB, professeur au Val-de-Grâce.

Rapport de M. ROCHARD.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur l'observation d'un malade que M. Jacob nous a présenté dans la séance du 1er février et chez lequel il avait pratiqué, avec succès, pour une péricardite tuberculeuse à grand épanchement séro-hématique, une péricardiotomie d'emblée sans drainage. Il s'agit là, Messieurs, d'un cas intéressant. La péricardite tuberculeuse vraie, à grand épanchement séro-hématique, est, en effet, une affection assez rare; d'autre part, les cas dans lesquels une intervention a été faite ne sont pas très fréquents; enfin le traitement chirurgical n'est pas encore complètement fixé.

Voici tout d'abord l'observation résumée du malade (1) :

G..., vingt-trois ans, garçon de café, au service militaire depuis le mois de mai 1910, entré d'urgence au Val-de-Grâce, dans le service de médecine de M. le professeur agrégé Chavigny, le 30 août 1910, pour des troubles cardiaques qui se sont développés depuis deux mois, pendant un congé de convalescence.

Antécédents. — En avril 1910, à New-York, rhumatisme articulaire aigu avec légère atteinte péricardique (?). En juin 1910, affection mal déterminée, avec déchéance de l'état général, survenue après l'arrivée au régiment et pour laquelle G... est en congé de convalescence depuis le mois de juillet.

Examen du malade le jour de l'entrée à l'hôpital. — État asphyxique des plus marqués, visage, doigts, absolument cyanosés; dyspnée intense.

Du côté de l'appareil respiratoire, pas de signes objectifs nets. — *Du côté du cœur*, battements nettement perceptibles à la palpation, à l'inspection, à l'auscultation, mais presque incomptables, tant ils sont précipités (180 environ à la minute).

Pas d'augmentation de la matité totale du cœur; pas d'encoche de Sibson; par contre, à l'examen radioscopique, augmentation

(1) Cette observation devant être reprise dans un travail fait en collaboration par MM. Jacob et Chavigny, la partie médicale, qui appartient à M. Chavigny, est plus particulièrement résumée.

notable de l'ombre cardiaque. Pouls paradoxal, aux environs de 180, disparaissant presque pendant l'inspiration. Rien d'anormal à signaler pour les autres organes ou appareils.

On élimine le diagnostic d'asystolie terminale d'une endocardite et celui de dilatation aiguë du cœur, et M. Chavigny affirme l'existence d'un épanchement volumineux du péricarde en s'appuyant surtout sur le pouls paradoxal et l'examen radioscopique. Il fait aussitôt prévenir M. Jacob et lui demande, dans le cas où il partagerait son avis, d'opérer son malade. C'est donc à M. Chavigny seul que revient le mérite du diagnostic, particulièrement difficile chez ce malade, et aussi le mérite de la précocité de l'intervention chirurgicale.

M. Jacob examine à son tour le malade, et on décide de pratiquer immédiatement une ponction pour vérifier le diagnostic que tous les assistants n'admettent pas ; puis, de la faire suivre, séance tenante, d'une péricardiotomie.

Deux ponctions sont faites avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain : l'une au ras du bord gauche du sternum dans le 6e espace intercostal, l'autre un peu en dehors de la pointe du cœur. Elles ne donnent aucun résultat (à peine 1 à 2 centimètres cubes d'un liquide séro-hématique lorsqu'on met le malade dans la position assise) ; et cependant l'aiguille a pénétré à 4 centimètres en profondeur et a même atteint le cœur, car elle enregistre, en les amplifiant, les battements de l'organe.

On se trouve donc en présence des deux alternatives suivantes : ou bien il n'y a pas de liquide dans le péricarde, et alors on a fait une erreur de diagnostic, ou bien le liquide existe, mais il se trouve collecté en arrière du cœur.

Quoi qu'il en soit, la péricardiotomie s'impose plus que jamais. Mais le malade, fatigué par les ponctions, est dans un état tel qu'il paraît incapable de supporter la moindre intervention ; d'un commun accord, MM. Chavigny et Jacob jugent plus prudent de retarder l'opération de quelques heures et, en attendant, d'essayer de le remonter un peu par des injections d'huile camphrée, de spartéine, d'oxygène.

Opération. — La péricardiotomie est faite le 31 août, vingt-quatre heures après l'entrée du malade à l'hôpital. Au moment de l'intervention, l'état du malade est des plus précaires : il asphyxie, ses lèvres sont cyanosées, le pouls est incomptable (à 180 environ), la respiration à 30, la température à 37°7.

On est obligé de l'opérer dans la position mi-assise et de se contenter de l'anesthésie locale à la cocaïne. La nécessité d'aller très vite et de réduire l'acte opératoire à son minimum fait choisir,

comme procédé de traversée de la paroi thoracique, le procédé d'Ollier, qui comporte la réfection du 5e cartilage costal seul. Mais M. Jacob le dit tout de suite, ce procédé ne donne sur le péricarde qu'un jour restreint; il a été gêné et il a regretté de n'avoir pas utilisé le procédé de Delorme et Mignon, d'exécution un peu plus longue que celui d'Ollier puisqu'il comprend la résection de deux cartilages costaux (5e et 6e), mais qui découvre largement le péricarde.

Donc, incision transversale de 8 centimètres longeant le 5e cartilage costal et empiétant un peu sur le bord gauche du sternum; résection du 5e cartilage; section entre deux ligatures des vaisseaux mammaires internes; enfin désinsertion et réclinaison en dehors du triangulaire du sternum et du cul-de-sac pleural suivant la technique de Delorme et Mignon, le péricarde est découvert. Du liquide séro-hématique infiltre le tissu cellulaire prépéricardique. Le péricarde lui-même ne paraît pas notablement épaissi et l'on perçoit à travers lui les battements du cœur. Il est saisi avec des pinces (non sans difficulté, car la brèche obtenue par la résection du 5e cartilage seul est étroite), et incisé sur une longueur de 3 centimètres environ; une petite quantité de liquide séro-hématique s'échappe au dehors. La sonde cannelée introduite par l'orifice, est alors glissée sous le cœur et soulève ce dernier vers le haut de la cavité péricardique. Aussitôt une grande quantité de liquide, mêlé de quelques dépôts fibrineux, sort en jaillissant par l'ouverture. Il s'écoule ainsi une quantité de liquide séro-hématique, qui n'a pu être exactement mesurée, mais qui est certainement supérieure à 1 litre et demi.

Le malade, soutenu par des aides, est mis dans la position assise pour favoriser l'écoulement de tout le liquide, qui, à la fin, sous l'influence du brassage du cœur et de l'air qui pénètre dans le péricarde, devient spumeux.

Quand l'écoulement est arrêté, le doigt est rapidement introduit dans le péricarde; mais, en raison de l'état grave du malade, cette exploration est forcément incomplète : on constate seulement que la face antérieure du cœur n'adhère pas au feuillet du péricarde, et que la cavité péricardique ne renferme pas de fausses membranes.

Puis, *l'ouverture péricardique étant laissée béante*, la peau et les plaies superficielles sont suturées. Avant de serrer le dernier point, on retire par aspiration, au moyen d'un petit drain plongeant dans le péritoine, l'air qui a pénétré dans sa cavité et 80 grammes de liquide spumeux. Au total, la plaie thoracique est complètement fermée sans drainage.

Suites opératoires. — Dans les heures qui suivent l'opération,

on assiste à une véritable résurrection du malade : la cyanose disparaît; le pouls descend de 180 à 110, est mieux frappé et plus régulier ; la respiration est aisée. Temp., 39°4.

Le lendemain et le deuxième jour, l'amélioration s'accentue ; plus de fièvre. Le sommeil est revenu. Le pouls est assez régulier, mais toujours rapide.

Le troisième jour, apparition d'une pleurésie droite avec petit épanchement vite résorbé ; temp., 38,5.

Le huitième jour, ablation des fils : la cicatrisation de la plaie opératoire est parfaite.

Le dixième jour, pleurésie gauche avec épanchement assez abondant (1 litre à un litre et demi), qui, comme celui du côté droit, n'est pas ponctionné et guérit rapidement et spontanément.

Le malade, hâtivement et largement alimenté, se rétablit rapidement, augmente de poids, entre en convalescence et quitte l'hôpital par réforme le 11 octobre, un peu moins d'un mois et demi après la péricardiotomie. A cette date, la matité cardiaque est redevenue normale, elle semble même un peu petite. Le pouls est à 100, encore un peu irrégulier, mais de tension presque normale. Les bruits du cœur sont bien frappés. Pas de frottements péricardiques. La cicatrice opératoire est solide ; il se fait une reconstitution osseuse.

État général excellent; augmentation de poids de 3 kilogrammes.

Le malade a été revu par M. Chavigny le 19 octobre, c'est-à-dire trois mois et demi après l'opération. Il présente une symphyse cardiaque sans troubles fonctionnels bien appréciables.

L'état général est bon, mais quelques craquements secs sous la clavicule gauche indiquent l'évolution d'une tuberculose pulmonaire et signent la nature des accidents qui se sont successivement développés dans le péricarde, la plèvre droite et la plèvre gauche.

Telle est, Messieurs, l'observation du malade de M. Jacob. Notre confrère l'a fait suivre de quelques considérations sur lesquelles je vous demande la permission de m'arrêter quelques instants.

En premier lieu, M. Jacob fait le procès de l'utilisation de la ponction dans les péricardites tuberculeuses. Il estime qu'elle est un moyen de diagnostic infidèle et dangereux, un moyen de traitement insuffisant.

Elle est un moyen de diagnostic infidèle? Son observation, après d'autres, en est une preuve indiscutable. Chez son malade, la ponction, malgré l'existence d'un épanchement abondant, n'a donné aucun résultat. La raison en est dans la situation même de

cet épanchement qui, au lieu de « noyer le cœur », de l'entourer sur toutes ses faces, se trouvait collecté en arrière de lui, le refoulant en quelque sorte contre la paroi thoracique antérieure. Or, ces épanchements rétrocardiques sont loin d'être rares au cours des péricardites tuberculeuses (Massin, *Thèse* de Lyon, 1899-1900).

Ils peuvent se produire d'emblée comme dans l'observation précitée. Ils peuvent également s'observer secondairement, au cours de l'évolution d'un épanchement qui, tout d'abord total, est devenu ensuite rétro-cardiaque à la faveur d'adhérences formées entre le cœur et le feuillet antérieur du péricarde (observ. de Giraudeau, in *Semaine méd.*, 1898).

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, le diagnostic de péricardite est toujours difficile à faire, et la ponction exploratrice serait particulièrement indiquée : elle reste malheureusement toujours blanche et ne peut être d'aucune utilité.

La ponction peut être un moyen de diagnostic dangereux? On comprend, en effet, que, faite dans le cas d'épanchement rétrocardiaque, ou encore chez un sujet chez lequel on croit à une péricardite qui n'existe pas, la ponction puisse déterminer une blessure du cœur. Sans exagérer plus qu'il ne convient la gravité de cette lésion, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut présenter des inconvénients plus ou moins sérieux ; Delorme et Mignon dans leur mémoire (*Revue de Chirurgie*, 1895-1896), en ont recueilli plusieurs exemples, dont un terminé par la mort.

Enfin, LA PONCTION EST UN MOYEN DE TRAITEMENT INSUFFISANT des péricardites tuberculeuses, et elle doit être suivie, tôt ou tard, de l'incision large du péricarde. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, à ce propos, que Ch. Février, dans un travail qui date de 1889 (*Bulletins de Thérapeutique*), rapporte que, sur 22 cas de péricardite tuberculeuse traités par les ponctions, 20 succombèrent, 2 seulement guérirent; Delorme et Mignon (*loco citato*), sur 20 cas, traités par des ponctions répétées, notent 18 morts, alors que sur 5 malades, traités tout d'abord par des ponctions, puis péricardiotomisés secondairement, ils relèvent 4 guérisons.

M. Jacob termine ainsi son réquisitoire contre la ponction : « Chez un malade chez lequel on a porté le diagnostic de péricardite tuberculeuse avec épanchement et chez lequel on pratique la ponction, deux résultats peuvent s'observer : 1° ou bien la ponction reste blanche, et alors la péricardiotomie s'impose pour vérifier le diagnostic et traiter la lésion; 2° ou bien, au contraire, la ponction est positive et, dans ce cas encore, la péricardiotomie précoce se trouve absolument indiquée pour donner au malade le maximum de chances de guérison. Donc, *la ponction est pour le moins inutile*; *la péricardiotomie d'emblée doit être à la fois le*

moyen de diagnostic et de traitement de la péricardite tuberculeuse à grand épanchement. »

Du reste, depuis longtemps déjà, les chirurgiens recommandaient, dans le traitement des péricardites tuberculeuses avec épanchement, la péricardiotomie de préférence aux ponctions.

Delorme et Mignon, en 1895, Reichard (*Mitteleil. aus dem Grenzgebieten. der Med. u. Chirurg.*, 1901), en 1901, Terrier et Reymond, en 1902, au Congrès de Chirurgie, dans leur rapport sur la chirurgie du cœur et du péricarde, préconisaient nettement la péricardiotomie avec résection costale. Mais tous les chirurgiens ne sont pas d'avis de pratiquer la péricardiotomie d'emblée. Il faut, disent certains, en présence d'une péricardite tuberculeuse séreuse, et, sauf les cas où il y a doute sur le diagnostic ou crainte de trouver des adhérences du cœur à la paroi, il faut, disent-ils, commencer par la ponction et ne pratiquer la péricardiotomie que si les phénomènes qui ont motivé la paracentèse se reproduisent peu de temps après la première opération (Berteaux, *Thèse* de Lyon, 1906-1907). C'est la conduite qu'a suivie récemment Bérard dans un cas qui, d'ailleurs, se termina par la mort (Bérard et Péhu, *Lyon médical*, 1906). A notre connaissance, le premier cas où la péricardiotomie a été faite d'emblée, sans ponction préalable, appartient à notre collègue J.-L. Faure et a été communiqué par lui au Congrès de Chirurgie en 1902; malheureusement, son malade succomba deux mois après l'intervention. Je reviendrai dans un instant sur cette observation intéressante à plus d'un titre.

Messieurs, le deuxième point important à retenir dans l'observation de M. Jacob est l'*absence complète du drainage après la péricardiotomie.* Notre confrère attribue la guérison complète et rapide de son malade à cette absence de drainage. A ce point de vue, écrit-il, la péricardite tuberculeuse peut être rapprochée de la péritonite de même nature, pour laquelle, on le sait, la laparotomie sans drainage constitue le traitement de choix. L'ouverture large de la séreuse, dans un cas comme dans l'autre, agit sans doute, non seulement en débarrassant la cavité du liquide qu'elle contient, mais aussi, et c'est ce qui constitue sa supériorité sur la ponction, en provoquant, au niveau de cette séreuse, par un mécanisme encore inconnu (action réflexe, action de l'air), des modifications favorables à la guérison. Quant au drainage, absolument abandonné dans la péritonite, il doit l'être également dans la péricardite. Là comme ailleurs, en effet, il transforme la tuberculose fermée en tuberculose ouverte, et, s'il dure un certain temps, entraine fatalement l'infection à sa suite. Les malades de

MM. Faure et Bérard auraient peut-être guéri s'ils n'avaient pas été drainés.

Le seul cas de guérison de péricardite tuberculeuse vraie, traitée par la péricardiotomie avec drainage, relevé dans la *Thèse* de Berteaux (Lyon, 1906), est le cas de Kullier (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1896). Mais justement, dans ce cas, les drains, sortis avec le pansement, ne purent être réintroduits dans la plaie, le deuxième jour après l'opération pour l'un des drains, le quatrième jour pour l'autre. Le drainage fut donc de très courte durée et ne put servir de porte d'entrée à l'infection.

La conclusion du travail de M. Jacob est nette et ferme : après péricardiotomie pour péricardite tuberculeuse à épanchement séreux ou séro-hématique, le drainage est nuisible; il faut refermer complètement la plaie. Je ferai remarquer à ce propos que, chez son malade, notre confrère a suturé hermétiquement les plans pariétaux, mais a laissé volontairement béante la brèche faite au péricarde pour permettre au liquide qui aurait pu se reformer dans la cavité péricardique de se diffuser dans les espaces celluleux prépéricardiaques. Son but était, en opérant ainsi, d'éviter la formation d'une nouvelle collection intrapéricardique, et aussi de pratiquer chez son malade une véritable autosérothérapie, comme certains auteurs l'on fait avec quelques succès — et en tout cas sans le moindre inconvénient — chez des sujets atteints de pleurésie séreuse tuberculeuse. Le résultat a justifié sa conduite.

En terminant, je vous propose de publier l'observation de M. Jacob en même temps que mon rapport, et me permets de vous rappeler que ses travaux en chirurgie et en anatomie ont marqué sa place parmi les membres titulaires de notre Société.

Discussion.

M. J.-L. FAURE. — Le cas rapporté par M. Rochard me rappelle celui dont il a parlé et que j'ai opéré en 1902, je crois, lorsque je remplaçais M. Blum à l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agissait d'un malade que M. Béclère voulut bien me confier parce qu'il présentait des phénomènes graves dus à la compression du cœur par un épanchement péricardique.

L'opération fut extrêmement simple. J'ai perdu le souvenir de l'état exact de la séreuse, mais je me souviens très bien qu'il y avait dans le péricarde une grande quantité de liquide. Le soulagement fut immédiat et considérable, mais j'eus la mauvaise inspiration de laisser un drain. Le malade resta quelque temps dans mon service, avec un drain de plus en plus petit, conservé à cause

de l'écoulement assez abondant qui avait toujours lieu, puis passa en médecine, où il resta encore un certain temps.

Mais comme il arrive toujours au cours d'un drainage prolongé, la cavité péricardique finit par s'infecter et le malade succomba lentement.

Je ne sais ce qui se serait passé s'il n'avait pas été drainé. Mais cet exemple me fait penser que si la péricardotomie est en elle-même une opération très simple, il vaut mieux qu'elle ne soit pas suivie de drainage.

M. Guinard. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Rochard au point de vue de la ponction péricardique qui doit céder le pas à la péricardotomie, pour la cure des épanchements péricardiques. Mais il faut ajouter que ces épanchements sont très souvent très difficiles à diagnostiquer, et la ponction devient un moyen de diagnostic de nécessité pour ainsi dire. Dans une série malheureuse, j'ai eu l'occasion d'être appelé à l'Hôtel-Dieu par des cliniciens consommés pour des malades chez lesquels on soupçonnait une collection thoracique sans pouvoir en préciser le siège. J'ai multiplié les ponctions exploratrices chez ces malades sans trouver la collection, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on s'est aperçu qu'elle siégeait dans le péricarde *derrière* le cœur.

Il faudrait donc dire que la péricardotomie sans drainage est l'opération de choix en cas d'épanchements péricardiques; mais le diagnostic de cet épanchement est souvent des plus difficiles, et la ponction, faite en tenant compte des remarques, concernant son siège en arrière du cœur, peut devenir un moyen de diagnostic qui n'est pas à rejeter. On se rappellera seulement pour ces ponctions qu'il faut aborder le péricarde latéralement.

M. Moty. — Je voulais seulement rappeler que pour éviter les ponctions sèches on a récemment proposé d'aborder le péricarde par le bord droit du sternum et même en cas d'épanchement volumineux, par le bord droit de l'appendice xyphoïde. On arrive ainsi dans la collection liquide avec beaucoup moins de risques de blesser le cœur.

M. Delorme. — La question soulevée par la communication de M. Jacob est assez importante pour que nous ne la discutions pas au pied levé. Je demande donc le renvoi de la discussion du rapport de M. Rochard à une prochaine séance.

— Il en est ainsi décidé par la Société.

I. — *Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique (adénomyome péri-urétral)*, par M. BERNARD CUNÉO.
II. — *Résultat de dix cas de prostatectomie par le procédé de Wilms*, par BERNARD CUNÉO.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

En décembre dernier, notre collègue des hôpitaux M. B. Cunéo a déposé sur notre bureau un important travail sur le *siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique* et nous a présenté plusieurs malades prostatectomisés par le *procédé de Wilms.*

1° *Anatomie pathologique de l'hypertrophie dite prostatique.*

Dès 1905, MM. Motz et Péréarnau avaient nettement déclaré que l'hypertrophie de la prostate se produit seulement aux dépens des glandes centrales péri-urétrales et du stroma qui les entoure (1).

Cependant dans leurs traités d'urologie récemment publiés, nos collègues Albarran et Legueu continuent cependant à admettre que, sauf certaines restrictions en ce qui concerne l'origine du soi-disant lobe moyen, c'est la prostate elle-même qui est le siège de l'hypertrophie.

La question méritait donc d'être reprise. C'est ce qu'a fait avec sa précision habituelle M. Cunéo.

Il expose tout d'abord, dans son travail, la disposition anatomique normale des glandes péri-urétrales, leur division en antérieures et postérieures; les antérieures en voie de régression, sans importance pathologique; les postérieures, beaucoup plus intéressantes, se divisant en deux groupes:

1° L'un à conduits excréteurs courts, à acini glandulaires immédiatement sous-muqueux, placés en dedans du sphincter lisse (glandes péri-urétrales);

2° L'autre à conduits excréteurs longs, à culs-de-sac glandulaires extra-sphinctériens (glandes prostatiques proprement dites). Cette distinction avait déjà été faite par Ashoff et Albarran.

Je ne suivrai pas M. Cunéo dans les détails qu'il nous donne sur ces glandes (2), qu'il me suffise de vous rappeler que les *glandes*

(1) Motz et Péréarnau. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie prostatique. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires.* Paris, 1905, p. 152.

(2) Ceux que la question intéresse pourront lire son mémoire, illustré de nombreuses planches, dans un volume actuellement sous presse (Hartmann, *Travaux de chirurgie anatomo-cliniques*, 4e série, 1911).

péri-urétrales sont surtout développées, un peu au-dessous de l'orifice vésical de l'urètre, et qu'elles forment là deux amas principaux, symétriquement placés sur les parties latérales du canal. Toutes ces glandes sont entourées par le sphincter lisse, qui les sépare nettement des glandes périphériques, glandes prostatiques vraies.

Plus bas, on trouve d'autres groupements glandulaires, un annexé à l'utricule prostatique, d'autres au niveau des parties latérales de l'urètre. Mais par suite de la disparition du sphincter lisse à ce niveau, la distinction en glandes péri-urétrales et en glandes prostatiques devient très difficile.

Les *glandes extrasphinctériennes*, qui constituent par leur réunion la prostate proprement dite, forment deux lobes, lobes latéraux, réunis en arrière de l'urètre par deux commissures transversales, placées l'une en avant, l'autre en arrière du cordon génital; ce sont les commissures pré et rétro-spermatiques des classiques.

Ces données anatomiques posées, M. Cunéo passe à l'étude des *lésions pathologiques de la maladie dite hypertrophie prostatique.*

L'*examen des pièces nécropsiques* montre que les parties hypertrophiées se composent essentiellement de deux masses latérales, souvent réunies en arrière par une formation impaire, lobe moyen des anciens auteurs.

L'urètre est allongé dans sa portion susmontanale; son diamètre sagittal est considérablement augmenté; il présente fréquemment des diverticules qui s'enfoncent plus ou moins profondément à l'intérieur des masses hypertrophiées.

La vessie est déformée par suite de la saillie du col, un bas-fond s'est formé, le trigone s'est élargi.

Toutes ces lésions sont connues; ce qui l'est moins, et ce sur quoi M. Cunéo attire tout spécialement notre attention, ce sont les rapports qu'affecte la masse hypertrophiée avec le sphincter vésical. Jores et Albarran avaient déjà admis pour le lobe moyen un point de départ dans les glandes sous-cervicales qui se trouvent sur toute la circonférence du col. Ces glandes, en se développant en adénomes, dissocieraient le sphincter et arriveraient à se mettre directement en continuité avec les glandes prostatiques. M. Cunéo nous dit n'avoir « jamais constaté cette dissociation du sphincter par les acini néoformés, sauf dans les cas de transformation maligne. Dans l'hypertrophie typique, la lésion reste toujours strictement encapsulée et lorsqu'elle morcelle l'anneau sphinctérien, c'est par une sorte d'éclatement résultant de l'excès de la distension, et non par pénétration ».

Les canaux éjaculateurs sont toujours en dehors de la masse

hypertrophiée; ils cheminent sur la face postérieure des lobes latéraux, puis s'enfoncent entre ceux-ci pour aboutir au verumontanum sans être englobés par le tissu pathologique.

Une des caractéristiques les plus importantes des formations hypertrophiques est leur énucléabilité. Elle est admise aujourd'hui par tout le monde; le seul point sur lequel on discute, est la nature de la capsule. Dès les débuts de la prostatectomie, nous avions signalé ce fait que la capsule d'énucléation ne correspond pas, comme on le croyait, à la capsule de la prostate, mais qu'on trouve dans cette coque des acini prostatiques (1). Notre opinion fut rapidement acceptée, et M. Cunéo considère la discussion

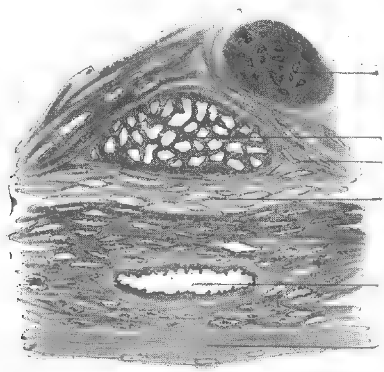


Fig. 1. — Coupe de la portion périphérique d'un adéno-myome péri-urétral et de sa capsule.

a, *a'*, *a''*, nodules d'adénomyome; — *b*, plan de clivage; — *c*, canal éjaculateur, contenu dans l'épaisseur de la prostate aplatie, formant la pseudo-capsule; — *d*, capsule aponévrotique.

comme close. Il suffit de pratiquer l'examen histologique de la capsule pour y trouver d'innombrables acini glandulaires.

L'*examen des pièces opératoires* montre d'autre part :

1° Qu'avec des masses hypertrophiées on enlève la partie initiale de l'urètre déchiré un peu au-dessus du veru-montanum;

2° Que les canaux éjaculateurs ne font pas partie de la masse enlevée;

3° Que la pièce dont la surface est lisse et régulière, est quelquefois entourée par places, plus particulièrement en arrière, par

(1) Hartmann. Sixième session de l'*Association française d'urologie*, 1902, p. 347.

des faisceaux de fibres à disposition circulaire, restes du sphincter urétral.

Réciproquement, lorsqu'on examine des pièces de nécropsies après prostatectomies (1); on voit que les canaux éjaculateurs et l'utricule prostatique sont respectés. M. Cunéo, qui a étudié avec soin, au point de vue histologique, la paroi de la cavité d'énucléation, y a retrouvé tous les éléments d'une prostate fortement sclérosée, mais nettement reconnaissable, si bien qu'il arrive à

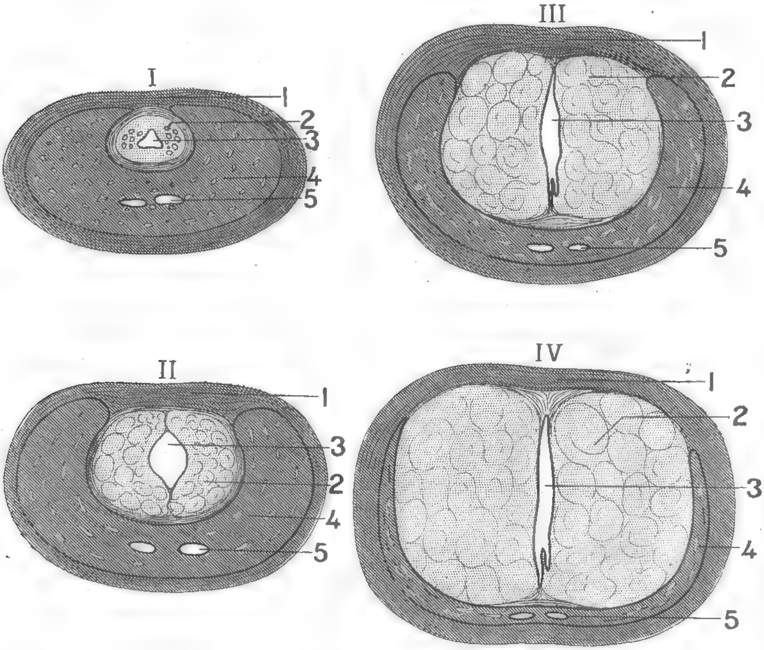


Fig. 2. — I, II, III, IV, stades successifs de l'évolution de l'hypertrophie des glandes péri-urétrales. (Pseudo-hypertrophie prostatique) [*schématique*].

1, capsule; — 2, glandes péri-urétrales; — 3, urètre; — 4, prostate; — 5, canaux éjaculateurs.

dire que *la soi-disant capsule n'est autre que la prostate tout entière aplatie et méconnaissable.*

Telles sont les lésions; quelles conclusions pouvons-nous en tirer au point de vue du siège initial de la maladie, communément connue sous le nom d'hypertrophie prostatique?

Une hypertrophie en masse de la prostate devrait allonger l'urètre sur toute l'étendue de la région et non pas seulement la

(1) Nous en avons fait présenter autrefois à la Société anatomique par notre interne, M. Kun.

portion sus-montanale; les masses néoformées devraient englober les canaux éjaculateurs et refouler le sphincter en dedans vers la lumière de l'urètre ; une hypertrophie régulière de la prostate ne devrait pas créer de bas-fond, allonger le trigone, etc. Les productions adénomateuses devraient être plus ou moins facilement séparables de l'urètre; à la périphérie, le décollement devrait se former entre la glande et sa loge aponévrotique et ne saurait se concevoir sans déchirure ou section, non seulement des canaux éjaculateurs, mais aussi des pédicules vasculaires.

Aucune de ces considérations, applicables à l'hypertrophie en masse de la prostate, ne s'observe dans la pratique. Jamais nous n'avons constaté de pareilles lésions au cours des prostatectomies assez membraneuses que nous avons pratiquées.

Les lésions de la maladie, dite hypertrophie prostatique, sont donc nécessairement limitées à une portion de la glande. C'est ce qu'avait déjà admis pour certains cas de lobe moyen notre collègue Albarran, qui les regardait comme une hypertrophie de la commissure préspermatique. M. Cunéo s'élève contre cette opinion. La commissure préspermatique ne présente rien de spécial au point de vue de sa structure. De plus, M. Cunéo a pu la retrouver, modifiée mais reconnaissable, dans la pseudo-capsule glandulaire.

On est ainsi amené à conclure que *les masses néoformées ne peuvent se développer qu'aux dépens des glandes péri-urétrales.*

Dans un mémoire récent, Marquis, tout en n'osant pas rayer complètement du cadre nosologique l'ancienne hypertrophie prostatique, écrivait : « Le terme d'hypertrophie de la prostate, quoique consacré par l'usage, doit, par souci de la vérité, être le plus souvent remplacé par celui de tumeur péri-urétrale (1). »

MM. Motz et Péréarnau avaient été plus absolus, mais ils rangeaient dans les glandes péri-urétrales la commissure préspermatique.

Pour M. Cunéo, celle-ci n'a rien à voir avec l'appareil glandulaire péri-urétral et ne prend aucune part à la formation des masses adénomateuses.

Si l'on admet que la maladie dite hypertrophie prostatique, correspond à des formations adénomateuses développées au dépens des glandes péri-urétrales, telles que les comprend M. Cunéo, on trouve réalisées toutes les dispositions que nous rencontrons habituellement. L'allongement du canal dans sa portion sus-montanale, son agrandissement sagittal par suite de l'accroisse-

(1) Marquis. Origine de l'hypertrophie prostatique. *Revue de Chirurgie*, 1910, t. II, p. 1137.

ment des glandes situées le long de ses parois; le refoulement excentrique du sphincter; l'union intime des formations adénomateuses et de la muqueuse urétrale sus-montanale; la saillie du col et la formation du bas-fond; l'absence d'englobement des conduits éjaculateurs ; le refoulement à la périphérie de la prostate, qui prend un aspect feuilleté, les feuillets, formés par le stroma fibro-musculaire, étant séparés par des espaces qui ne sont autres que les acini glandulaires dilatés et remplis par un épithélium altéré. Ces différents feuillets sont faciles à séparer les uns des autres. Ainsi se trouve constituée, dans l'épaisseur même de la pseudo-capsule, une série de plans de clivage. Si au cours de l'énucléation le doigt ne reste pas au contact immédiat des masses adénomateuses, il peut pénétrer dans un de ces espaces. Le fait est sans importance lorsque la zone en question est présper-matique; lorsque au contraire on a pénétré entre deux feuillets rétro-spermatiques, on ne peut achever le décollement sans déchirer les canaux éjaculateurs. Il est intéressant de remarquer que, même dans ces cas, il y a seulement section des conduits éjaculateurs et que le chirurgien ne rencontre pas les pédicules vasculaires qu'il devrait forcément sectionner s'il cheminait entre la glande et sa capsule aponévrotique.

En terminant, Messieurs, cet exposé des recherches de M. Cunéo, je vous prie de m'excuser d'avoir retenu votre attention sur des points uniquement anatomiques ou anatomo-pathologiques; j'ai cru devoir le faire à cause de leur intérêt chirurgical.

Ils nous expliquent comment des hypertrophies très minimes peuvent déterminer des accidents marqués de rétention, un adénome relativement petit pouvant agir exactement comme un bouchon dans un sphincter non encore forcé; ils nous montrent que la prostatectomie transvésicale par énucléation, révolutionnaire et entachée d'erreur si l'on s'en tient à l'anatomie pathologique traditionnelle de l'hypertrophie prostatique, est au contraire l'opération rationnellement indiquée, une étude anatomo-pathologique précise, comme celle faite par M. Cunéo, nous montrant que les formations adénomateuses siègent au-dessus du vérumontanum, en dedans du sphincter lisse du col vésical, et que le moyen le plus simple de les enlever est de faire une énucléation transvésicale des noyaux.

2° *Résultats de dix prostatectomies par le procédé de Wilms.*

La prostatectomie, tant par voie périnéale que par voie transvésicale, est bien connue actuellement. Le procédé particulier,

décrit par Wilms, l'est certainement moins et je ne crois pas que beaucoup d'entre vous y aient eu recours (1). Personnellement je ne l'ai jamais employé. Les observations, apportées par M. Cunéo ont leur intérêt en ce qu'elles vont nous permettre d'exposer ce procédé et de fixer sa valeur.

Wilms opère de la manière suivante :

« Après introduction d'un cathéter dans l'urètre, j'incise, dit-il, parallèlement à la branche ischio-pubienne, la peau et l'aponévrose superficielle. L'incision cutanée a 4 à 5 centimètres de longueur. Avec le manche du bistouri et le doigt j'arrive jusqu'au diaphragme uro-génital. Si la prostate est grosse, on sent déjà sa résistance à une profondeur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi. En dedans, on sent le cathéter dans l'urètre. Un peu en dehors de celui-ci, je déchire avec une sonde cannelée la capsule de la prostate qui est formée dans ces cas du diaphragme génital, de la lame viscérale et des restes du releveur. A ce moment, le doigt introduit dans l'ouverture énuclée d'abord le lobe gauche, puis le lobe droit de la prostate. » Pour permettre l'écoulement facile de l'urine, j'introduis dans la vessie un drain du volume du petit doigt et je tamponne la cavité prostatique. Le deuxième ou le troisième jour, j'enlève la gaze; du sixième au septième jour, le drain vésical, que je remplace par un petit tube qui ne va que dans la cavité prostatique. A partir de ce moment, je fais le cathétérisme de l'urètre tous les deux jours et je lave la vessie. »

Sur les dix cas que contient le mémoire de Wilms, nous relevons deux morts. Les huit autres ont guéri sans fistule et tous ont été continents. Les seuls accidents notés sont une blessure du rectum immmédiatement suturée et deux orchites.

M. Cunéo, qui a suivi très exactement la technique de Wilms, sauf qu'il incise le diaphragme uro-génital au lieu de le dilacérer avec un instrument mousse, a de même deux morts sur dix opérations, en faisant abstraction d'un malade mort quarante-quatre jours après l'opération d'hémorragie cérébrale. Sur les deux décès, l'un est dû à l'évolution de lésions rénales préexistantes et ne peut être imputé directement à l'opération, dit M. Cnuéo. Notons cependant que ce malade avait eu, le huitième jour, une hémorragie secondaire et que c'est à partir de ce moment que les symptômes urémiques et l'affaiblissement progressif ont été en augmentant pour amener la mort seize jours après l'opération.

La deuxième mort a trait à un malade très affaibli, ayant une température élevée, que M. Cunéo opéra, pour ces raisons, sous

(1) Wilms. Perineale Prostatektomie mit lateraler Incision. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* Leipzig, 1910, t. CIV, p. 144.

anesthésie par le chlorure d'éthyle ; au cours de l'intervention, le malade se réveilla un peu, s'agita; il y eut une lésion de la paroi rectale dont la réparation prolongea la durée de l'opération. Le malade succomba au bout de huit heures, avec des symptômes de choc.

Au point de vue éloigné, les résultats ont été mauvais. Sur les huit malades, cinq sont incontinents et cette incontinence persiste après six mois, cinq mois, deux mois. A proprement parler, il s'agit d'une faiblesse du sphincter plutôt que d'une incontinence d'urine vraie. Les malades ne perdent l'urine que le jour à l'occasion d'un effort, de la toux, d'un besoin violent d'uriner et non satisfait immédiatement. Cette incontinence s'améliore par la dilatation comme en témoignent les résultats obtenus chez deux de ces cinq malades.

Elle n'en constitue pas moins un inconvénient sérieux de la méthode. Le sphincter strié de l'urètre se trouve traumatisé lors de la traversée du plancher uro-génital; le nerf sphinctérien peut être lésé du côté où l'on opère. Si nous ajoutons que dans les cas où les formations adénomateuses sont minimes, la découverte du plan de clivage est particulièrement pénible, nous voyons que, malgré la simplicité des suites immédiates, l'opération de Wilms ne nous semble pas appelée à se substituer aux procédés antérieurement connus. Personnellement, nous lui préférons la prostatectomie transvésicale qui conduit plus directement sur les noyaux adénomateux situés, les recherches anatomo-pathologiques de M. Cunéo nous l'ont montré, en dedans du sphincter vésical.

Discussion.

M. PIERRE DELBET. — Ce n'est pas pour parler de l'opération de Wilms que j'ai demandé la parole. Je n'ai jamais fait cette opération, je ne la ferai jamais parce qu'elle ne me paraît pas rationnelle. Le diaphragme uro-génital est fort respectable et je ne crois pas que sa dilatation ou sa section soit chose négligeable. D'ailleurs, les recherches anatomo-pathologiques nouvelles permettent facilement de comprendre les beaux résultats que donne l'opération de Frayer.

Ce qui m'a paru tout à fait intéressant dans le beau travail de M. Cunéo, dont Hartmann vient de nous donner l'analyse, c'est l'anatomie pathologique.

Ce travail est l'aboutissant et en quelque sorte le couronnement d'une série de recherches dans lesquelles Albarran, comme sur beaucoup d'autres points, a joué un rôle de précurseur. Il a, en

effet, nettement établi la distinction entre les glandes sous-urétrales qui sont intrasphinctériennes et les glandes prostatiques vraies qui sont extrasphinctériennes. Il a montré avec ses élèves que dans l'hypertrophie de la prostate, la saillie intravésicale est due à l'hypertrophie du groupe médian, sus-montanal, des glandules péri-urétrales.

Récemment a paru dans la *Revue de Chirurgie* un travail de M. Marquis, qui m'a vivement frappé. Son argumentation basée non seulement sur l'anatomie humaine, mais sur l'anatomie comparée, est tout à fait convaincante. Le rôle des glandules péri-urétrales en ressort si nettement qu'ayant eu dernièrement l'occasion de parler dans mon service de cette question, je disais sous une forme paradoxale : *La maladie connue sous le nom d'hypertrophie de la prostate est caractérisée par l'atrophie de cette glande.* Et, en effet, l'hypertrophie des glandes péri-urétrales a pour résultat de refouler et d'aplatir la prostate véritable qui est réduite à une coque amincie engainant la tumeur. C'est là ce qui explique les résultats de l'opération de Frayer.

Le travail de M. Cunéo, si j'en juge par l'analyse qui vient d'en être faite, précise et complète ces données. C'est ce qui en fait l'intérêt.

M. Tuffier. — Je suis partisan de l'opération de Freyer, je la trouve trop parfaite pour l'abandonner, et les résultats de M. Cunéo ne sont pas faits pour changer mon opinion.

Quant aux données anatomo-pathologiques qui montrent que l'hypertrophie de la prostate n'est que la conséquence d'une tumeur développée dans la glande prostatique, elle est de date déjà ancienne, et j'étais arrivé à cette conclusion dans le rapport que j'ai fait au Congrès de Lisbonne sur cette question.

Le *résultat des autopsies* et les constatations *opératoires* conduisent à cette conception. On discutait beaucoup à cette époque sur la prostatectomie totale et partielle, sur la voie transvésicale ou périnéale, et chacun des partisans de la voie haute ou de la voie basse prétendait à l'extirpation totale, à l'exclusion de son adversaire. Or, la lecture du protocole des autopsies dans tous les cas démontre que toujours le tissu prostatique restait dans le champ opératoire. Je n'ai pas pu relever d'observations où la prostate ait été enlevée; j'en conclus alors : que ni les uns ni les autres ne faisaient de prostatectomie, mais que tous enlevaient un adénofibrome situé dans le parenchyme, que la maladie dite hypertrophie de la prostate n'était pas plus une hypertrophie qu'une fibromatose utérine n'était une hypertrophie de l'utérus, et enfin que la prétendue prostatectomie n'était pas plus une

ablation de la prostate que l'énucléation d'un fibrome utérin n'était une hystérectomie.

D'ailleurs, la technique opératoire le démontrait encore. Il est, je dirais volontiers impossible, de faire une extirpation de la prostate par la voie haute quand cette glande est saine ou cancéreuse; si on l'énuclée si facilement quand elle est hypertrophiée, c'est qu'on enlève la prétendue hypertrophie et non la glande.

C'est vous dire que je me rallie pleinement à toutes les constatations anatomo-pathologiques qui, comme celles de Cunéo, plaident dans ce sens.

M. Routier. — C'est avec le plus grand intérêt que j'avais suivi les travaux d'Albarran d'abord, puis le mémoire de M. Marquis, et enfin le rapport de notre collègue Hartman, car je voyais s'éclairer des faits que j'avais considérés comme des exceptions à l'époque où j'étais à la tête du service des voies urinaires des hôpitaux.

A cette époque, avant 1900, nous étions à propos de l'hypertrophie de la prostate imbus des idées qu'exposait M. Guyon; nous combattions cette hypertrophie par la cystostomie, et les diverses opérations sur les glandes séminales.

J'avais eu cependant l'occasion, à plusieurs reprises, de pratiquer par la taille suspubienne l'énucléation de tumeurs prostatiques que nous prenions tous alors pour des adéno-fibromes de la prostate développés sur le lobe moyen.

J'en présentai même quelques cas ici, et j'insistais sur la facilité de cette opération et ses suites parfaites, car le malade reprenait parfaitement sa fonction urinaire normale.

J'avais toujours pu par une simple incision de la muqueuse vésicale énucléer la tumeur.

Je rappellerai même qu'à cette époque, notre collègue Legueu apporta ici une grosse tumeur qu'il présentait comme le résultat d'une prostatectomie totale; après examen de ses pièces, je dis : non, ce n'est pas une prostatectomie; mais l'énucléation d'un gros adéno-fibrome.

Quelque temps après, très loyalement, M. Legueu venait nous dire qu'il avait pu faire, à l'autopsie, constater qu'il n'avait pas, en effet, pratiqué une prostatectomie, mais, comme je l'avais dit, une énucléation d'un adéno-fibrome.

Nous avions donc vu ces faits; malheureusement, nous n'avons pas su les interpréter comme il le fallait, comme on l'a fait depuis par l'anatomie pathologique.

M. Marion. — J'ai eu l'occasion d'opérer deux hypertrophies de

la prostate qui me paraissent appuyer de la façon la plus démonstrative, macroscopiquement, l'opinion que l'hypertrophie ne siège pas dans la prostate au moins dans certains cas.

Dans le premier cas, le malade que j'opérai de prostatectomie succomba quelques jours après et l'on put constater qu'il existait au-dessous des canaux éjaculateurs une masse représentant la prostate. La pièce doit exister encore à Necker.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade que j'opérai pour une rétention complète; or, chez lui, j'enlevai une masse du volume d'une bille au milieu de laquelle se trouvait l'urètre. Cette masse, qui avait tous les caractères des hypertrophies que nous enlevons, ronde, lisse avec à son centre l'urètre, avait à peine comme valeur le quart ou le cinquième du volume que nous donnons à la prostate; ce ne pouvait donc être la prostate hypertrophiée. La pièce a été donnée à M. Cunéo.

Quant à l'opération de Wilms, je ne l'ai jamais pratiquée, mais à Necker, l'année dernière, j'ai laissé mes collaborateurs en pratiquer quelques-unes. Les résultats furent médiocres; il y eut une perforation du rectum non pas immédiatement, mais survenue au huitième jour; d'autre part, l'incontinence fut constante : incontinence relative au lit, puisque les malades retenaient à peu près leurs urines, mais absolue dans la position debout.

Lorsque j'ai repris le service de Lariboisière, j'ai retrouvé un certain nombre des opérés de M. Cunéo, et depuis sept ou huit mois, il en est encore qui sont aussi incontinents qu'au premier jour malgré tous les soins que leur donne l'interne qui les suit.

M. F. Legueu. — J'apporte ma confirmation à ce qui vient d'être dit par mes collègues.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, les points solutionnés par M. Cunéo me paraissent envisagés déjà dans une certaine mesure par Jores, Albarran et Motz et Péréarnau. Depuis longtemps, il me paraît établi que ce qu'on enlève par la prostatectomie sus-pubienne, c'est une partie indépendante de la prostate qui reste accolée, atrophiée en dedans de la capsule, comme le rappelait Delbet. L'intérêt des recherches de M. Cunéo consiste dans la localisation très précise qu'il apporte à étudier les rapports de ces glandes adénomateuses avec le sphincter.

En ce qui concerne l'opération de Wilms, je n'y ai jamais eu recours, car elle me paraît résumer tous les inconvénients de la voie périnéale sans en avoir les avantages.

Elle est chargée de mortalité; ensuite, ses suites sont défectueuses, et l'incontinence est un de ses moindres inconvénients;

c'est une des raisons pour lesquelles il me paraît impossible que cette opération continue à se maintenir.

M. Hartmann. — Sur un premier point, celui de la valeur du procédé de Wilms, nous sommes tous d'accord; ceux qui en ont vu, comme M. Marion, trouvent ses résultats mauvais ; ceux qui n'en ont pas vu la rejettent très justement pour des raisons très valables et, comme le dit notre collègue Delbet, la démolition du diaphragme uro-génital n'est pas un fait négligeable; comme le fait remarquer mon ami Legueu, la morbidité (blessure du rectum, incontinence) est considérable. Tous, par conséquent, nous rejetons avec M. Cunéo, du reste, cette opération qu'il a pratiquée et dont il n'a pas été satisfait.

Sur le second point, celui de l'anatomie pathologique, je voudrais insister un peu sur la part qui revient à M. Cunéo. M. Tuffier nous dit que dès le Congrès de Lisbonne il avait conclu à l'existence d'adénomes dissociant la prostate, comme un fibrome le tissu utérin; M. Routier nous dit la même chose, c'est entendu; tous nous savions que la maladie dite hypertrophie prostatique est caractérisée par la production de masses adénomateuses énucléables. Ce que nous ne savions pas, ce que nous montrent bien les constatations de M. Cunéo, c'est que ces masses adénomateuses sont exclusivement développées aux dépens des glandes péri-urétrales. Cette conception déjà indiquée par Motz et Péréarnau, admise par mon ami Albarran pour les tumeurs du lobe moyen, acceptée timidement par Marquis, est posée d'une manière nette et précise par M. Cunéo. Elle nous explique la simplicité de la prostatectomie transvésicale, et nous montre que cette opération, exécutée en quelque sorte expérimentalement jusqu'ici, peut s'appuyer en réalité sur des données scientifiques et qu'elle trouve sa base dans une anatomie pathologique précise.

— Les conclusions du rapport de M. Hartmann, mises aux voix, sont adoptées.

Communication.

Anévrisme artério-veineux poplité. Extirpation. Guérison,

par M. FONTOYNONT (de Tananarive), membre correspondant.

Le cas d'anévrisme artério-veineux que je vous présente, tant en mon nom qu'en celui de mon assistant, le Dr Léopold Robert,

médecin aide-major des troupes coloniales, vient s'ajouter à ceux déjà nombreux que nos différents collègues vous ont communiqués. C'est une preuve de plus en faveur de la méthode de l'extirpation totale du sac anévrismal.

Il s'agit d'un indigène Hova de quarante-sept ans chez lequel on note, comme antécédents morbides : la variole à l'âge de seize ans et des accès fébriles intermittents depuis l'âge de vingt-trois ans.

Il y a trois ans, Rafaralahy éprouva au niveau de la jambe droite une sensation de pesanteur et d'engourdissement qui ne durèrent que deux jours, mais furent suivis d'un œdème considérable du même segment de membre. L'œdème persista plusieurs mois sans empêcher cependant le malade de vaquer à ses occupations.

Il y a quatre semaines seulement que l'œdème, considérable cette fois, a reparu, s'accompagnant à nouveau de pesanteur et d'engourdissement de la jambe ainsi que d'une impossibilité des mouvements de l'articulation du genou due à la présence d'une tumeur saillante au niveau du creux poplité. Cette tumeur aurait augmenté beaucoup son volume depuis quelques jours.

Et, de fait, le membre inférieur droit est en demi-flexion et ne peut pas se mettre en inversion parce qu'il existe dans le creux poplité une tuméfaction haute de 8 centimètres environ dont six se trouvent au-dessus du pli de flexion de l'articulation du genou. Cette tumeur, immobile sur les plans sous-jacents, est animée de battements et de frémissements vibratoires. A la percussion elle est mate et l'auscultation y dénote un double souffle et un thrill. Nous avons affaire, à n'en pas douter, à un anévrisme vraisemblablement artério-veineux.

Il n'y a pas de troubles trophiques au niveau du membre inférieur. Les battements de la fémorale sont forts et normaux. On n'en perçoit aucun au niveau de la pédieuse ou de la tibiale antérieure.

L'opération est faite par Robert et moi le 26 juillet 1910, et ne présente rien de particulier. Nous constatons la présence d'un sac volumineux gros comme le poing, un peu puriforme, remontant très haut jusqu'à la partie inférieure du canal de Hunter. Nous lions à la partie inférieure les vaisseaux artériels et veineux, car nous avions affaire, ainsi que nous l'avions diagnostiqué, à un anévrisme artério-veineux. Nous constatons que l'anévrisme a complètement érodé le fémur et s'y est creusé un lit profond d'où il est difficile d'extirper la poche qui adhère fortement au tissu osseux. A la partie supérieure, les ligatures sont très difficiles à mettre à cause de la hauteur à laquelle remonte l'anévrisme. Par précaution, nous pratiquons une ligature de la fémorale au niveau

du canal de Hunter, quelques centimètres au-dessus de l'extrémité du sac extirpé.

Les suites furent excellentes et la convalescence ne fut troublée que par une plaque de sphacèle de la grandeur d'une pièce de 2 francs due au contact du talon sur le lit et par conséquent à un manque de surveillance.

Ces détails, je viens de les recevoir par écrit de Tananarive, car j'avais opéré ce malade quelques jours avant de prendre le congé qui m'a permis de venir en France.

Dans notre avant-dernière séance, le professeur Le Dentu nous a communiqué les excellents résultats qu'il avait obtenus par les injections de sérum gélatiné et lui-même en terminant a fait remarquer que ce traitement ne devait pas être opposé au traitement chirurgical qui gardait sa valeur. Je crois, pour ma part, ainsi qu'il a été si souvent soutenu à cette tribune, que si les battements artériels ont disparu dans les vaisseaux du pied, on a toute chance d'éviter la gangrène, et que, dans ce cas, il n'y a aucune hésitation à avoir.

Je me permets d'attirer votre attention en terminant sur les lésions osseuses du fémur. lésions qui furent très prononcées. Il est rare, en effet, de les constater dans les anévrismes que l'on a généralement l'occasion d'opérer. Je me trouve à Tananarive dans des conditions toutes particulières et je vois des lésions ou des tumeurs énormes telles que celles vues par ceux d'entre vous qui ont assisté à la naissance de l'ère chirurgicale antiseptique.

Lectures.

Scoliose.

M. Perdu (d'Amiens) lit un travail sur un traitement spécial de la scoliose par la compression hydraulique.

— Le travail de M. Perdu est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Reynier est nommé rapporteur.

Fistule urétéro-vaginale.

M. Robineau, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur un cas de fistule urétéro-vaginale traitée par colpocleisis après création d'un orifice vésico-vaginal.

— Le travail de M. Robineau est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Monod est nommé rapporteur.

Rupture traumatique du biceps brachial.

M. ROBINEAU, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur une rupture traumatique du biceps brachial au ras de l'olécrâne. Sutures métalliques. Guérison. Présentation du malade.

— Le travail de M. Robineau est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. SAVARIAUD est nommé rapporteur.

Hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite.

M. VEAU, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur un cas de hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite. Opération. Guérison. Présentation du malade.

— Le travail de M. Veau est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. AUVRAY est nommé rapporteur.

Présentation de malades.

Greffes cartilagineuses humaines dans les résections articulaires.

M. TUFFIER présente deux malades réséqués du coude.

Sur le premier, opéré il y a trois mois, il a interposé entre les surfaces osseuses cruentées et y a suturé des cartilages diarthrodiaux humains. Sur le second, opéré depuis vingt jours, on a greffé les cartilages et une mince lamelle osseuse d'une articulation tibio-tarsienne d'une femme qui venait d'être amputée. Les radiographies avant et après l'opération permettent de se rendre compte de l'état des néarthroses.

Présentation de pièces.

M. ROUTIER. — *Estomac biloculaire. Gastro-entéro-anastomose. Radiographie.* — En décembre 1910, mon collègue Barth me passait une malade pour remédier par une opération, si possible, aux accidents gastriques qu'elle présentait.

La radiographie, pratiquée par M. le Dr Aubourg, montrait un estomac biloculaire.

L'histoire de cette malade était assez curieuse : sans aucun antécédent gastrique, elle avait été prise tout à coup, à propos d'un incendie, trois ans auparavant, de douleurs d'estomac en barre, qui venaient par crises et provoquaient des vomissements bilieux deux heures après.

De septembre 1909 à octobre 1910, elle fut soignée et mise au régime lacté; très améliorée d'abord, elle se crut complètement guérie.

Mais, en octobre 1910, encore à propos d'une frayeur, elle fut reprise des mêmes accidents : crises douloureuses, surtout à propos des repas, et vomissements bilieux deux heures après.

Dans les trois mois qui précédèrent mon examen, elle avait maigri de 16 kilogrammes. Cependant, elle ne paraissait pas cachectique.

Le 29 décembre 1910, je pratiquai une laparotomie; l'estomac est, en effet, biloculaire, du fait de la constriction qu'exerce une bande dure, blanche, froncée qui descend transversalement et perpendiculaire au grand axe de l'estomac de la petite courbure où elle est très épaisse, à la grande courbure où elle se perd.

Ce qui nous frappe surtout, c'est que cette bande épaisse adhère au pancréas; je la montre à mes assistants qui, comme moi, pensent à une coulée néoplasique.

Les deux poches stomacales ainsi formées sont à peu près de mêmes dimensions; l'inférieure est cependant plus volumineuse; toutes deux contiennent des liquides et des gaz : quand on comprime la partie supérieure, on sent qu'on ne la vide pas, ou qu'on la vide très difficilement.

Au contraire, une pression très modérée de la poche inférieure fait aisément passer son contenu par le pylore dans le duodénum.

J'estime donc que le plus grand service que je puisse opératoirement rendre à cette malade, c'est de l'aider à évacuer sa poche supérieure par une gastro-entéro-anastomose.

Je me suis décidé à cette opération, après avoir un instant songé à pratiquer une anastomose entre les deux poches gastriques; l'existence du néoplasme, qui serait trop près de la suture, m'en a détourné.

J'ai donc pratiqué une gastro-entéro-anastomose antérieure au fil de lin.

Les suites ont été des plus simples.

Je note que le 7 janvier, elle a vomi une fois à propos d'un lavement qu'on venait de lui administrer.

Depuis, elle se porte à merveille, digère aisément, et ne se prive même pas de crudités; elle nous a avoué qu'elle adorait la salade de concombres et qu'elle en mangeait souvent.

M. Aubourg a refait des radiographies de mon opérée; c'est en son nom que je vous les présente ici :

Tout d'abord, la radiographie du 18 novembre 1910, c'est à-dire avant l'opération, on voit très bien les deux poches que forme l'estomac, séparées par une sorte de canal rétréci.

Puis la radiographie du 14 février 1911, six semaines après

l'opération, on voit toujours les deux poches gastriques séparées par le canal de sténose; la poche supérieure contient de l'air qui refoule le diaphragme plus haut à gauche qu'à droite.

Cette poche se vide dans les deux anses de la gastro-entéro-anastomose, en huit minutes, et ceci est un fait sur lequel M. Aubourg attire spécialement l'attention, car c'est, dit-il, la première fois qu'il l'observe.

La poche inférieure fonctionne comme un estomac normal, avec des contractions normales comme nombre et intensité, et se vide par le pylore dans le bulbe duodénal.

Quoi qu'il en soit, la malade se porte à merveille, digère parfaitement, et a repris 5 kilogrammes de son poids.

Syndactylie membraneuse des 2e et 3e, des 4e et 5e doigts avec absence des deuxièmes phalanges. Opération en combinant le procédé de Morel-Lavallée et celui de Didot.

M. Mauclaire. — Il s'agit d'un enfant, âgé d'un an, présentant la syndactylie congénitale sus-indiquée. Voici la radiographie qui montre bien les lésions, c'est-à-dire l'absence des deuxièmes phalanges sur les 2e, 3e, 4e et 5e doigts; la main de ce côté malade est plus petite que celle du côté sain.

Chez son malade, qu'il nous a présenté dans la dernière séance, notre collègue Savariaud, après section de la bride, a fait des greffes de Thiersh. C'est un procédé de plus à ajouter à la vingtaine de procédés et sous-procédés opératoires que j'ai réunis dans le chapitre de la syndactylie du Traité de Le Dentu et Delbet.

Chez mon malade, j'ai fait comme Morel-Lavallée un petit rouleau dorsal réuni avec un petit lambeau palmaire de manière à bien assurer la bonne cicatrisation de la commissure, puis j'ai appliqué le procédé de Didot avec lambeau antérieur et lambeau postérieur avec charnière verticale par dédoublement de la membrane, ce qui a permis de recouvrir complètement des surfaces cruentées des faces latérales des doigts.

Le résultat a été bon.

Récemment, j'ai employé le même procédé combiné chez une adulte pour une syndactylie cicatricielle, mais la réunion sur les surfaces cruentées latérales par le procédé de Didot a été moins bonne, il n'y avait pas assez de peau.

Calcul urétéral.

G. MARION. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un calcul urétéral de volume peu commun, puisqu'il a 6 centimètres et demi de long sur 1 centimètre et demi de diamètre. Il fut retiré le 10 février dans des conditions assez instructives.

La malade qui le portait, âgée de 31 ans, était envoyée par mon ami le Dr Estrabaut. Celui-ci la suivait depuis déjà trois ans pour des coliques néphrétiques du côté droit, d'intensité variable mais se répétant très fréquemment ; elle avait toujours au moins une colique néphrétique par mois, quelquefois plus. Dans l'intervalle la malade ne ressentait aucune douleur.

Le Dr Estrabaut, en présence de ces coliques néphrétiques qui n'aboutissaient à l'issue d'aucun gravier, finit pas faire radiographier le rein droit par M. Bellot. Celui-ci obtint une très belle radiographie qui démontrait dans le rein droit, manifestement dilaté, l'existence de deux petits calculs, l'un au pôle inférieur, l'autre au pôle supérieur.

C'est dans ces conditions que me fut envoyée la malade qui arrivait avec le diagnostic de calculs rénaux et une radiographie les démontrant. N'ayant aucune raison de pratiquer l'exploration des fonctions du rein, puisqu'à l'évidence il ne pouvait pas être question de néphrectomie, je ne fis pas de cathétérisme urétéral, et opérai la malade sur la foi de la radiographie qu'on me montrait.

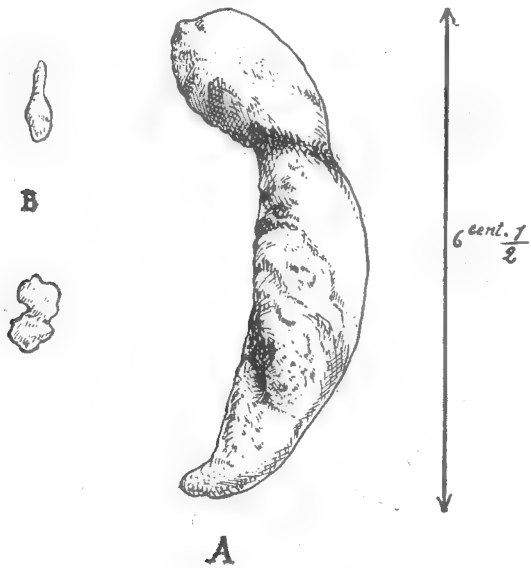
L'incision du rein un peu dilaté me fit découvrir les deux petits calculs que voici (fig. 1 B). A ce moment, j'aurais pu refermer le rein, très satisfait d'avoir enlevé ce que la radiographie démontrait, mais suivant la règle, je voulus m'assurer que l'uretère était libre et en fis le cathétérisme rétrograde ; or, à 15 centimètres environ ma sonde était arrêtée et frottait manifestement contre un calcul. Je prolongeai alors mon incision lombaire en bas, mis à découvert l'uretère et pus extraire sans difficulté de la portion iliaque le calcul en forme de cornichon que je vous présente (fig. 1 A). Un nouveau cathétérisme me démontra la liberté de l'uretère au-dessous. Je ne pratiquai aucune suture de l'uretère, fermai le rein sans drainage, et la plaie, sauf en un point pour un drain.

Les suites furent des plus simples, à aucun moment la malade ne perdit d'urine, actuellement la plaie est entièrement cicatrisée.

Cette observation vient appuyer de la façon la plus nette les règles que l'on doit suivre en matière de lithiase urinaire et qui ne sont peut-être pas encore suffisamment connues :

1° Quand on pratique une radiographie pour calcul des voies urinaires, on ne doit pas se contenter de radiographier un rein,

mais tout l'appareil. Je pensais qu'elle avait été suivie par M. Bellot dont on connaît la compétence en radiographie. Il faut croire que les radiographes qui ne pratiquent pas couramment ces radiographies urinaires l'oublient encore de temps en temps;



A, calcul urétéral. — B, calculs rénaux.

2° Quand on ouvre le rein ou l'uretère pour des calculs, il est indispensable de faire une exploration de l'uretère tout entier par le cathétérisme ; c'est ce qui m'a permis de reconnaître le calcul méconnu et d'extraire le corps du délit responsable en réalité de tous les accidents accusés par la malade.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats a la place vacante de membre titulaire.

Résultat du scrutin.

MM.	Kirmisson	37 voix.	Élu.
	Demoulin	37 voix.	Élu.
	Ombredanne	36 voix.	Élu.

Le secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er MARS 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Deux années de la collection de *Paris chirurgical*.

3°. — Une lettre de M. HARTMANN, demandant un congé de quatre mois, pendant la durée de son cours à la Faculté.

4°. — Une lettre de M. RICARD, demandant un congé.

A propos de la correspondance.

M. NÉLATON. — Je dépose sur le bureau de la Société une observation de M. Herber (de Cette) intitulée : *A propos d'un cas de luxation du trapèze.*

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. NÉLATON est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Arthrotomie médio-tarsienne dans le pied bot varus équin congénital invétéré; manuel opératoire; résultats.

M. E. KIRMISSON. — Dans la séance du 1er février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie un jeune homme de vingt ans, que j'avais opéré dix-sept ans auparavant aux Enfants-Assistés, par la double arthrotomie médio-tarsienne, pour un double pied bot varus équin congénital invétéré.

Vous avez pu voir que, chez ce jeune homme, le résultat peut être considéré comme excellent, au double point de vue de la forme et des fonctions. J'aurais pu, du reste, vous présenter bon nombre de malades dans des conditions analogues, jeunes gens

venant me demander des certificats pour l'autorité militaire, au moment de la conscription.

Depuis vingt-deux ans que j'ai commencé à pratiquer cette opération, j'ai revu un assez grand nombre de mes opérés pour avoir le droit de la considérer comme une excellente opération, d'autant plus qu'elle ne m'a jamais causé aucun accident.

Mais si j'ai choisi ce malade pour vous le présenter, c'est moins à cause de l'excellence du résultat que vu les circonstances dans lesquelles je l'ai opéré. Il avait subi, en effet, un an auparavant, une opération dont on voyait la trace sous la forme de deux incisions transversales, perpendiculaires au bord interne du pied. Il est bien évident que le chirurgien qui avait pratiqué cette double opération pensait avoir fait une arthrotomie médio-tarsienne. Or, l'incision en question porte à un fort travers de doigt au-devant de la malléole interne et répond à l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien. Le résultat obtenu est nul; le pied fortement dévié en varus, forme avec l'axe de la jambe un angle obtus, mesurant, à droite, 130 degrés, et 137 degrés à gauche. Le 30 novembre 1893, j'ai pratiqué chez cet enfant une double arthrotomie médiotarsienne, et, quand je vous l'ai présenté au bout de dix-sept ans, vous avez pu constater que le résultat ne laisse rien à désirer.

Par un hasard singulier, au moment même où je vous faisais cette communication, entrait dans mon service un petit garçon dont l'histoire est calquée pour ainsi dire sur celle de mon premier malade.

Cet enfant, âgé de quatre ans, est né avec un double pied bot varus équin. A l'âge de sept semaines, il a subi un semblant de traitement consistant en quatre ou cinq séances de massage, puis on a dit à la mère d'attendre jusqu'à l'âge de deux ans, et qu'à ce moment on ferait à son enfant une opération. Dès lors, elle s'adressa à un autre chirurgien, qui pratiqua d'abord une double ténotomie des tendons d'Achille; puis, comme les choses ne marchaient pas bien, il fit, dans le cours de l'année 1910, une opération consistant en une incision perpendiculaire au bord interne du pied, incision se prolongeant vers la face plantaire. Mais ici encore l'opération pratiquée ne saurait être considérée comme une arthrotomie médiotarsienne, car elle ne répond nullement au lieu d'élection, mais bien à l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

Voilà donc deux chirurgiens qui, tous les deux, de très bonne foi, ont cru pratiquer chez leurs malades une arthrotomie médiotarsienne, et de leur insuccès, ils auront certainement conclu à l'inefficacité de l'opération.

Il me semble donc indispensable de revenir encore une fois sur le manuel opératoire pour dissiper toute incertitude à ce sujet.

Il importe tout d'abord de ne pas perdre de vue la véritable direction du scaphoïde dans le pied bot varus équin congénital invétéré. D'horizontal qu'il est à l'état normal, le scaphoïde est devenu vertical, de telle sorte que, comme vous le voyez sur cette pièce empruntée au Musée Dupuytren, la tubérosité du scaphoïde arrive presque en contact avec la pointe de la malléole interne. Je possède même une pièce que j'ai fait dessiner et représenter dans mon livre, et où l'on voit une surface articulaire assez large entre le scaphoïde et la malléole tibiale. Si donc on veut pénétrer avec le bistouri dans l'articulation médiotarsienne, en passant en arrière du scaphoïde, il faut faire porter l'incision immédiatement au-devant de la malléole interne. C'est le sommet de la malléole qui est le point de repère. Au-devant de sa pointe et perpendiculairement au bord interne du pied, on fait une incision transversale mesurant 4 à 5 centimètres, et débordant plus ou moins, suivant les cas, du côté de la face dorsale et de la face plantaire. Vers la face dorsale, l'incision déborde le tendon du jambier antérieur. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on aperçoit la veine saphène interne qui est sectionnée entre deux pinces; à son tour, le tendon du jambier antérieur est mis à nu et sectionné. Cherchant alors avec le doigt le relief du tubercule du scaphoïde, on sectionne immédiatement en arrière de lui le tendon du jambier postérieur, et le ligament latéral interne. Opérant avec la main gauche un mouvement de redressement du pied, on fait bâiller largement l'articulation médiotarsienne. On introduit dans l'interligne articulaire un bistouri à lame étroite, avec lequel on sectionne aussi complètement que possible tous les ligaments, ligaments dorsaux et plantaires, et ligament interosseux ou en Y. Tout cela ne suffit pas encore pour obtenir un redressement complet, et il faut joindre à l'arthrotomie médiotarsienne le redressement forcé. C'est sans doute pour n'avoir pas suivi cette pratique que certains chirurgiens n'ont pas obtenu de l'arthrotomie médiotarsienne des résultats aussi avantageux que ceux que j'en ai retirés moi-même. Pour ce qui est du tendon d'Achille, tantôt on en fait la section sous-cutanée, tantôt cette dernière est inutile, suivant que l'équinisme est plus ou moins marqué.

La plaie opératoire laissée ouverte se comble par bourgeonnement, ce qui demande en général six semaines à deux mois. Et ce n'est pas un des points les moins intéressants que de voir au bout d'un temps plus ou moins long cette cicatrice qui devrait être adhérente, puisqu'on a pénétré largement dans l'articulation, retrouver toute sa souplesse et sa mobilité.

Valeur de l'ecchymose linéaire transversale au pli du coude comme signe des fractures supra-condyliennes de l'humérus.

M. E. KIRMISSON. — Je désire mettre sous les yeux de la Société de Chirurgie une photographie en couleur mettant en évidence un signe sur lequel j'attire chaque jour l'attention dans mon enseignement à propos du diagnostic des fractures supra-condyliennes du coude. Quels que soient les signes bien connus sur lesquels s'appuie ce diagnostic et sur lesquels je n'ai pas à revenir ici, il n'en est pas moins vrai que, chaque jour, nous voyons de petits malades chez lesquels une erreur de diagnostic a été commise, et cette erreur, presque toujours la même, consiste à prendre pour une luxation ce qui est en réalité une fracture supra-condylienne. Il y a donc intérêt à multiplier autant que possible les signes sur lesquels le diagnostic peut s'appuyer.

A ce titre, je vous signale l'ecchymose linéaire transversale siégeant immédiatement au-dessus du pli du coude dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus. Cette ecchymose tranche par sa coloration d'un rouge vif sur l'ecchymose diffuse, violacée, qu'on note en pareil cas dans toute la région. Il semble qu'elle ait été produite par la percussion avec un instrument étroit, à bord presque tranchant. Son mécanisme est aisé à comprendre : c'est évidemment le fragment supérieur qui, dans son déplacement habituel en avant, est venu contondre violemment de dedans en dehors la face profonde de la peau. Ce signe, habituel dans la fracture supra-condylienne de l'humérus, ne se trouve pas dans la luxation.

Des greffes de cartilage et d'os humain dans les résections articulaires.

M. TUFFIER. — Quelques-uns de mes collègues m'ayant demandé un complément de description, à propos des deux malades que je vous ai présentés dans la dernière séance, je me rends très volontiers à leur demande.

La première tentative de résection chondroplastique que j'ai faite vous a été présentée dans la séance du 1er mai 1901, il y a presque dix ans (*Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, 1er mai, page 492).

Il s'agissait d'un malade auquel, quatre mois auparavant, j'avais réséqué la région comprise entre le col chirurgical et le col anatomique de l'humérus pour une fracture comminutive. Au cours de l'opération, j'avais enlevé toute la surface cartilagineuse

humérale et le tissu osseux sous-jacent, je l'avais placé dans une compressse. La résection terminée, j'ai appliqué toute cette tête revêtue de cartilage sur la section oblique de l'humérus, et je la suturai par trois points de catgut. La tête articulaire ainsi reconstituée fut remise au contact de la glène et la capsule suturée de façon à maintenir cette coaptation. Le résultat fut parfait. Je vous l'ai présenté. Il me fut dit alors que ce fragment s'atrophierait. J'ai, pour me rendre compte de la valeur de cette affirmation gratuite, pratiqué chez un chien une résection semblable du genou. Six semaines après, l'articulation était normale. Je crus donc pouvoir continuer mes essais dans cette voie.

Dans les années suivantes j'ai ainsi, plusieurs fois, reconstitué partiellement, ou totalement, les surfaces articulaires dont les cartilages étaient sains. Je crois d'ailleurs que, à la suite de cette opération, de nombreuses résections chondroplastiques ont été pratiquées. C'est l'opinion de Judet, qui, dans sa thèse, en a fait l'historique et étudié expérimentalement les conditions de succès de cette transplantation.

Lexer, au 37e Congrès allemand, a apporté des faits de greffe articulaire humaine, et a donné des résultats éloignés fonctionnels avec planches à l'appui. Il est revenu, en 1909, sur cette question. Buchmann, de Pétersbourg, a fait des transplantations partielles en plaçant une articulation métatarso-phalangienne dans un coude ankylosé. Le résultat fonctionnel fut imparfait. Il paraît donc certain, qu'au lieu d'interposer une surface fibreuse ou musculaire après une résection, on peut, et je le préfère, placer une surface ostéo-cartilagineuse qui, bien que séparée de l'organisme pendant trois quarts d'heure, peut parfaitement se greffer. L'objection qui s'élève de suite, consiste à dire que cette greffe s'atrophiera. Je puis répondre par des faits, puisque vingt mois après, la mobilité de l'articulation de mon malade était parfaite, qu'elle n'a jamais été entravée un jour. Il m'importe donc peu de savoir si, actuellement, cette mobilité se fait sur son ancien cartilage ou sur un cartilage nouveau.

Ces greffes, *ces auto-greffes immédiates*, prises et greffées sur la même articulation, étaient d'un emploi fatalement très restreint ; j'ai essayé de remplacer le cartilage d'une articulation par un autre cartilage également diarthrodial *pris sur une autre articulation d'un autre sujet.*

L'année dernière, dans la séance du 16 février 1910, je vous ai rapporté l'histoire d'une femme chez laquelle j'avais pratiqué une réfection chondroplastique du coude; dans ce cas les fragments cartilagineux avaient été conservés à la glacière, et je

n'avais pris que la feuille encore souple de cartilage pour la suturer aux os. Il serait intéressant de savoir si ce greffon était exclusivement cartilagineux, ou si sa face profonde contenait de la substance osseuse. Vous savez, en effet, que Judet prétend que le cartilage sans os sous-jacent et sans synovial ne peut pas vivre. Les expériences sur ce point auraient besoin d'un supplément d'informations. Les deux faits qu'il rapporte sont insuffisants pour entraîner la conviction. Je ne puis garantir qu'il n'existait pas de tissu osseux. Chez ma malade, en tous cas, le cartilage enlevé

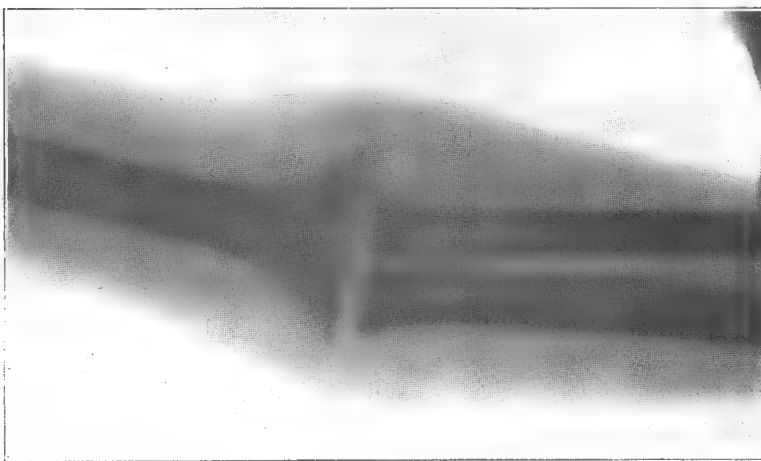


Fig. 1. — Résection du coude.

Ligne transparente entre les surfaces osseuses. Elle est constituée par du cartilage; il n'existe aucun mouvement de latéralité de la néarthrose.

aussi profondément que possible sur l'os avec un bistouri, restait souple.

Enfin, dans notre dernière séance, je vous ai montré un jeune homme chez lequel cette greffe cartilagineuse avait été pratiquée au moyen de fragments conservés dans la glacière depuis cinq jours.

Ce jeune homme de vingt-six ans était atteint depuis dix ans d'une tumeur blanche du coude à marche lente. Cette tuberculose s'était terminée par une ankylose incomplète et douloureuse à angle obtus. Le 29 novembre 1910, c'est-à-dire il y a quatre mois, je pratiquai une résection classique, puis, *sur la surface humérale* cruentée, je plaçai un cartilage provenant du coude d'une amputation pour traumatisme, conservé dans la glacière depuis cinq jours. Il fut taillé sur mesure et suturé au périoste voisin, fixé par quatre points de catgut passés à travers

son bord libre et dans le périoste voisin; *même manœuvre pour le cubitus et le radius*. J'ajoute que là encore, il ne s'agissait que de véritables feuilles cartilagineuses souples, sans apparence d'os à sa partie profonde.

Ne craignant pas de raideur articulaire consécutive à la résection, on put rapprocher avec le plus grand soin toutes les parties fibreuses, ligamentaires, péri-articulaires, de façon à assurer la solidité de la méartrose. Immobilisation d'abord pendant une semaine, en extension, puis mobilisation progressive, ce jeune

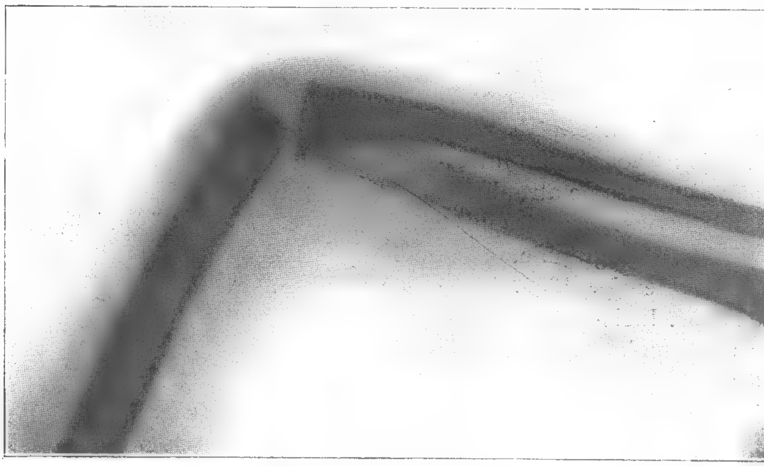


FIG. 2. — La flexion du coude peut se faire normalement jusqu'à l'appui de l'avant-bras sur le bras.

homme est actuellement manouvrier et travaille toute la journée; vous avez pu voir que la flexion et l'extension sont parfaites, qu'il n'y a pas le moindre mouvement de latéralité, et, enfin, je vous présente la radiographie sur laquelle vous verrez distinctement la ligne transparente correspondant aux surfaces cartilagineuses.

Je crois qu'il est difficile d'obtenir un résultat fonctionnellement plus complet. Il m'est évidemment impossible de vous démontrer que le cartilage diarthrodial actuel est celui que j'ai greffé. Nous savons encore incomplètement l'évolution définitive des tissus conservés. Il y a, certes, grand avantage à prendre des tissus frais, malheureusement les amputations de membres utilisables sont rares. Aussi les recherches de Bergemann sont intéressantes puisqu'elles semblent démontrer que, sur 20 sujets examinés, douze heures après la mort, ou dix-huit heures après une

amputation, la partie inférieure du fémur est encore assez stérile pour être utilisée. Nous pouvons donc faire mieux encore et prendre sur une jambe amputée, par exemple, une articulation tibio-tarsienne réduite à son minimum et la faire servir à la mobilité d'un coude qu'on vient de réséquer? Expérimentalement, Judet le réalise, et chirurgicalement Lexer l'a prouvé.

Voici une tentative de ce genre, je ne veux pas lui accorder d'autre importance que celle d'un essai. Un homme de vingt-trois ans était entré dans mon service il y a deux ans, le 3 janvier 1909, pour une fracture comminutive du coude, compliquée et infectée, et d'une gravité toute particulière, puisque pendant dix mois il eut de nombreux trajets fistuleux qui enfin se fermèrent, laissant une ankylose osseuse énorme à angle obtus. Ce malade avait été dans un état si grave, et la région avait été infectée si profondément, que je ne voulus pas intervenir à nouveau avant dix mois. Il présentait alors une atrophie complète des muscles péri-articulaires, une ankylose hypertrophique du coude du volume du poing, dont voici la radiographie.

Le 4 février 1911, je fis une résection de ce massif osseux énorme. Incision en baïonnette à la partie postérieure, peau adhérente, tendue, se confondant intimement avec le périoste et le tissu fibreux qui remplace les muscles sur une longue étendue. Résection large de l'humérus, du cubitus et du radius. Malgré l'étendue de cette résection, il existe encore une hypertrophie osseuse diffuse sur la face antérieure de l'humérus, qui remonte jusqu'au tiers inférieur du bras et qu'il est impossible d'enlever complètement. Sur les faces cruentées très larges de l'humérus et des os sectionnés de l'avant-bras et dans lesquels il n'existe plus aucun aspect normal de 'architecture osseuse, j'applique une surface cartilagineuse de la façon que voici :

J'avais ce même jour pratiqué une amputation de jambe au tiers inférieur chez une femme de vingt-huit ans, pour une arthrite médiotarsienne fistuleuse avec infiltration des gaines synoviales. L'articulation tibio-tarsienne était indemne, ainsi que l'articulation du scaphoïde et des cunéiformes. On avait eu soin avant l'amputation de faire tenir toute la région, et tout le membre, en état d'asepsie aussi complète que possible. Le membre amputé avait été placé dans des compresses aseptiques.

Je reprends l'histoire de ma résection du coude. Dès que j'eus réséqué un massif osseux j'abandonnai la plaie sous des compresses, et, passant à la jambe amputée de la femme. j'enlevai aseptiquement l'articulation tibio-tarsienne en sectionnant l'os immédiatement au ras de l'articulation, y compris les malléoles

dont je conservai juste la surface cartilagineuse et une faible lame



Fig. 3.
Massif osseux d'ankylose du coude, sur lequel la résection a été effectuée.

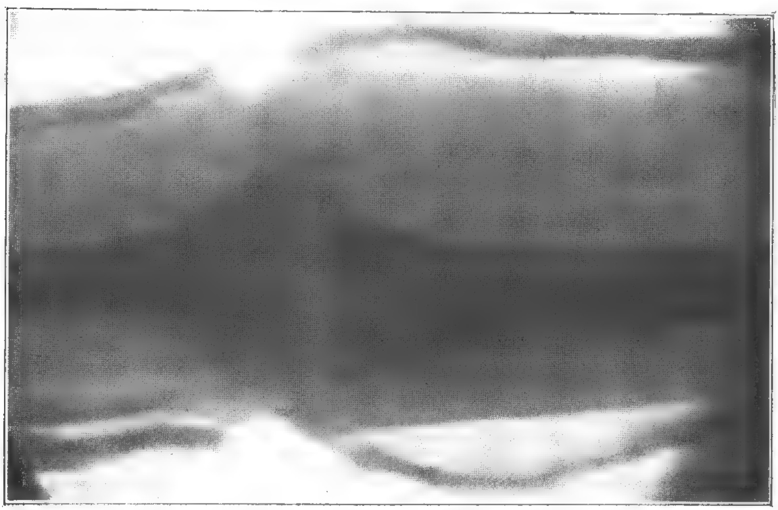


Fig. 4.
Résection du coude. Greffe d'une articulation tibio-tarsienne de femme.

La radiographie prise dans l'appareil plâtré (7e jour) est beaucoup moins nette que celle qui a été montrée à la Société (prise le 21e jour). La face humérale montre la suture du fragment de la mortaise tibiale, et en dedans, on voit la malléole interne qui fait butoir latéralement.

d'os sous-jacent, puis cette mortaise tibio-tarsienne ainsi constituée

et réduite à son minimum, est placée la face osseuse *sur la surface* humérale sectionnée de mon réséqué du coude. Je m'aperçus immédiatement que la mortaise était trop étroite pour recouvrir transversalement toute la section humérale; j'enlevai alors la malléole externe et je laissai en place la surface ostéocartilagineuse du tibia et la surface ostéocartilagineuse de la malléole interne, formant un tout placé de façon que la malléole interne fasse saillie à la partie interne de l'humérus. Cela fait, toute la face cruentée de l'humérus n'était recouverte de cartilage que dans sa partie interne; il restait en dehors une partie qui n'était pas complètement recouverte de cartilage, je retournai au pied amputé et, prenant sur la face antérieure du scaphoïde une lame ostéo-cartilagineuse, je la transplantai sur l'humérus de mon homme et je l'ajustai de façon à recouvrir complètement la surface cruentée de l'humérus et à parfaire ainsi une surface cartilagineuse complète, qui, en somme, était recouverte des cartilages tibial et scaphoïdien. Le tout fut fixé par une série de points de catgut passant dans le bord libre des surfaces cartilagineuses et le périoste voisin. Vous pouvez voir d'ailleurs tous ces détails sur la radiographie que je vous présente.

Restaient les sections osseuses du cubitus et du radius. Pour ne pas avoir une épaisseur trop considérable de tissu à ce niveau, il fallait placer là une simple lame de cartilage. Pour ce faire, nous reprenons sur le pied amputé une feuille de cartilage taillée aussi épaisse que possible au bistouri *sur la poulie astragalienne*; nous la divisons en deux pour la greffer sur le cubitus et le radius. Elles sont fixées au catgut comme leur congénère. Cette greffe terminée et toutes les surfaces sectionnées étant recouvertes de cartilage, on applique directement les surfaces cubito-radiales sur l'humérus, et je m'assure qu'elles jouent facilement sans déplacement. Une suture très exacte des parties musculaires et fibreuses autour de l'articulation assura cette coaptation. Réunion complète de la peau sans drainage. Immobilisation en extension pendant huit jours, puis flexion progressive du bras, qui actuellement atteint l'angle droit. Vous avez pu voir le résultat obtenu. L'étendue des mouvements est de 90 degrés.

Quel que soit l'avenir des tissus greffés il est certain qu'actuellement les mouvements du coude de cet homme que je vous ai montré se font sur le cartilage de la tibio-tarsienne de la femme que j'avais amputée.

Vous voyez qu'en somme deux procédés de greffes ont été employés. Il en existe de nombreuses variétés : greffes cartilagineuses, greffes ostéo-cartilagineuses; greffes du cartilage avec

sa synoviale; greffe des cartilages de l'os et de la synoviale, et enfin greffe totale. Chez mes deux malades, l'une comprend la feuille de cartilage presque seul, l'autre cette feuille de cartilage doublée d'une partie plus ou moins épaisse d'os. Dans les deux cas la greffe prend, et si elle se résorbe à longue échéance, elle est remplacée par un tissu de même propriété physiologique, puisque la mobilité reste parfaite. Il semble bien que les résultats soient les mêmes quand le cartilage appartient à une même articulation

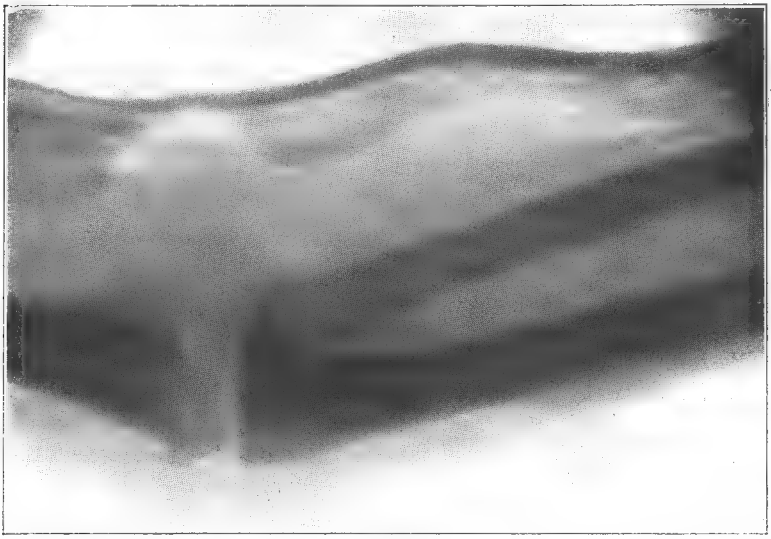


FIG. 55. — Profil après résection et suture des cartilages.

et au même sujet (auto-greffe homologue), ou quand elle appartient à une autre articulation et à un autre sujet (hétéro-greffe hétérologue); quand le greffon a été conservé à la glacière, il est difficile de savoir s'il continue à vivre ou s'il est remplacé par un tissu de même nature.

Je ne vous ai pas présenté ces opérés comme des exemples de résultats fonctionnels particulièrement brillants, vous pourrez en avoir tous de meilleurs et moi aussi, mais je prétends qu'ils contribuent à prouver :

1° Qu'on peut, en se servant de cartilage qui a été créé et mis au monde pour servir à la mobilité, obtenir des résultats encourageants;

2° Que cette méthode est plus logique que celle qui consiste à interposer un muscle ou un ligament qui n'ont pas les mêmes propriétés : elle a pour elle la physiologie générale. Sans doute

le cartilage et même son soubassement osseux peuvent se résorber, mais en attendant, ils fonctionnent et donnent peut-être le temps à un cartilage nouveau de se former.

Dans la technique de ces transplantations il y a, je crois, tout intérêt à ne pas employer des pièces trop volumineuses dont la nutrition est toujours plus difficile et la greffe anatomique ou physiologique plus aléatoire. A cet égard, on a dans les résections chondroplastiques à choisir entre la greffe d'une feuille souple de cartilage et celle qui comprend la surface chondrale et une faible épaisseur de l'os sous-jacent. Je laisse de côté ce qui a trait à la transplantation articulaire totale.

Si ces faits se généralisent, ils montreront que dans les résections il faut sortir de l'à peu près, pour reconstituer autant que possible la forme, sinon la structure parfaite, des articulations. On aura ainsi, en ce qui concerne le squelette, de plus grandes chances d'obtenir une réfection voisine de la normale : cartilages et os humain peuvent et doivent être employés à cet égard.

A propos de la pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

M. Rouvillois. — Dans l'avant-dernière séance, M. Sebileau, à propos d'un malade chez lequel il a eu l'occasion de pratiquer une pharyngotomie rétro-thyroïdienne pour extraire un corps étranger de la partie supérieure de l'œsophage, a rappelé les avantages de cette intervention dont il a, avec M. Quénu, bien réglé le manuel opératoire.

A l'appui de sa communication, je vous demande la permission, au nom de mon collègue et ami le Dr Georges Laurens et au mien, de verser aux débats l'observation d'un cas de corps étranger de l'extrémité supérieure de l'œsophage, qui a nécessité la même intervention.

Il s'agit d'une fillette de deux ans qui, dans une ville de province, est prise, le 22 décembre, à sept heures du matin, d'une crise d'étouffement. Celle-ci dure peu et est dénommée « accès de laryngite striduleuse » par un médecin voisin qui, n étant pas orienté par l'entourage vers l'idée d'un corps étranger, n'y songe point. Dans la journée, l'enfant présente quelques symptômes d'intolérance gastrique avec vomissements, ce qui fait penser aux parents que la petite malade peut avoir avalé une mine de crayon.

Le 23 et le 24, l'état gastrique reste sensiblement le même, mais n'inspire aucune inquiétude.

Le 25, les crises d'étouffement se renouvellent, mais sans caractère inquiétant. La température est le matin de 38 degrés et le soir de 37°4.

Le 26, la dyspnée semblant plus accusée, l'enfant est examinée par un laryngologiste, qui émet l'idée qu'il s'agit peut-être d'un corps étranger sous-glottique, et conseille d'envoyer la petite malade à Paris. Température le matin : 39 degrés; le soir : 38°2.

La nuit du 26 au 27 est mauvaise; la dyspnée laryngée augmente.

Le 27 au matin, au moment du départ, l'état de l'enfant semble meilleur. La température est descendue à la normale. Pendant le trajet en chemin de fer, la dyspnée augmente et s'accompagne de tirage sus-sternal, au point de nécessiter faute de mieux, une injection sous-cutanée de caféine et l'absorption de sirop d'éther. Le Dr Georges Laurens voit pour la première fois l'enfant à six heures du soir.

Il juge l'état si grave qu'il hésite au premier abord à faire un examen laryngoscopique, de peur de provoquer un spasme. L'enfant, en effet, a un tirage intense; elle est pâle, cireuse, ses yeux sont excavés, ses lèvres sont cyanosées, la sueur est abondante. Rapidement il procède à l'examen du cou, qui est négatif.

La laryngoscopie, très facile, montre un larynx normal, sans œdème, et sans la moindre lésion. Les aryténoïdes seuls sont un peu rouges. Pas de trace de corps étranger sus ou sous-glottique. Comme les cordes vocales sont en adduction, l'inspection de la région sous-glottique est impossible.

M. Laurens jugeant l'état des plus graves, estime qu'il y a indication urgente à assurer la respiration et, séance tenante, pratique la *trachéotomie.*

Dès l'ouverture de la trachée, une issue abondante de mucosités se produit et la respiration se fait librement. Avec une sonde molle de Nélaton, il fait un cathétérisme du larynx, de bas en haut; la sonde passe sans difficulté. Il pratique la même exploration de haut en bas, vers l'éperon bronchique; la voie est libre.

Donc, s'il y a corps étranger, il n'est ni dans le larynx, ni dans la trachée, ni dans les bronches, car la trachéotomie n'aurait pas fait disparaître aussi rapidement les troubles respiratoires. Il ne peut être que dans l'œsophage et là, par compression, déterminer des accidents asphyxiques, à moins qu'un minuscule fragment de crayon (seul corps étranger auquel songeait toujours la famille) n'ait été rejeté de la trachée dans un effort de toux.

Ce n'étaient là que des hypothèses, mais l'état de l'enfant était trop grave pour permettre sur-le-champ, après la trachéotomie, une exploration quelconque, œsophagoscopique ou bronchoscopique.

Le 28 au matin, température : 38 degrés. L'état de l'enfant est satisfaisant. La respiration se fait normalement par la canule. L'auscultation révèle une bronchite généralisée, mais pas de foyer de broncho-pneumonie.

La déglutition de la salive et des liquides est facile. Pas de vomissements. Cette résurrection apparente ne satisfait pas M. Laurens, qui, dans la soirée, fait pratiquer une radiographie.

Celle-ci, que je vous fais passer, montre, en arrière et au-dessous du cartilage cricoïde, une image rappelant la forme d'une ancre de navire, ou plutôt d'un crochet en ω que dans les magasins on place sous la ficelle des petits paquets pour permettre de les porter plus aisément.

La famille se rappelle immédiatement que la fillette a joué pendant les jours qui ont précédé l'accident avec des crochets analogues. L'hypothèse de la mine de crayon est abandonnée. Nul doute que l'enfant n'ait dégluti un crochet métallique.

Le lendemain 29 décembre, M. Laurens veut bien me demander de l'aider à pratiquer l'exploration œsophagoscopique, et, en cas d'échec, à opérer cette enfant.

Le petit tube œsophagoscopique de l'appareil de Brünings est introduit prudemment. Dans le pharynx, il permet de constater la présence d'abondantes mucosités, mais pénètre facilement dans l'œsophage jusqu'au cardia.

Le tube avait évidemment passé à côté du corps étranger sans le voir, mais ne l'avait-il pas mobilisé et peut-être refoulé? Cette considération nous engagea à faire pratiquer une nouvelle radiographie avant d'opérer. D'ailleurs nous estimâmes que l'examen œsophagoscopique, même prudent, que l'enfant venait de subir l'avait trop abattue pour lui permettre de faire séance tenante les frais d'une intervention peut-être longue et pénible.

30 *décembre.* — L'état de la petite malade s'est aggravé. Température : 39 degrés. Elle est pâle, infectée, extrêmement agitée. Cependant, la respiration est facile. Pas de troubles de la déglutition.

La nouvelle radiographie montre que le corps étranger est toujours à la même place.

L'intervention est décidée. Néanmoins, le corps étranger semble si peu éloigné que nous profitons du début de l'anesthésie pour faire un court essai d'examen au tube de Brünings et d'extraction avec le crochet de M. Kirmisson. Ces deux tentatives rapides étant restées infructueuses, la *pharyngotomie rétro-thyroïdienne* est faite immédiatement.

Incision des téguments en arrière du cartilage thyroïde sur une longueur de 5 centimètres ; le bord antérieur du sterno-mastoïdien est repéré et écarté en arrière avec le paquet vasculo-nerveux, pendant que le bord postérieur de la lame thyroïdienne est fortement attiré en avant.

Dans la partie inférieure de la plaie, en arrière du cartilage cricoïde, le doigt rencontre un arc saillant et résistant, à direc-

tion horizontale, dont la dénudation à la sonde cannelée provoque l'ouverture d'une petite poche de laquelle s'écoule un liquide muqueux d'aspect louche. Après l'évacuation de ce liquide, on extrait sans difficulté un fil de fer enroulé en hélice et formant deux tours de spire bien réguliers.



Il s'agissait d'un fragment de ces paillassons métalliques qui sont fabriqués avec du fil de fer contourné.

Un drain est mis dans la plaie pharyngo-œsophagienne ; les deux extrémités de l'incision cutanée sont réunies par un point de suture, et l'enfant est reportée dans son lit.

Malheureusement, le soir même, elle succombait à l'infection, à la lutte qu'elle soutenait depuis plusieurs jours, à la bronchite généralisée.

A cette lamentable histoire, nous n'ajouterons que de brefs commentaires.

Nous ne voulons pas nous attarder à déplorer l'absence de la radiographie, qui, faite dès le début des accidents, aurait évité la trachéotomie et nous aurait permis d'intervenir *six jours plus tôt*.

Nous ne voulons pas davantage insister sur ce fait bien connu que des symptômes de corps étranger des voies aériennes ont été déterminés par un corps étranger pharyngo-œsophagien provoquant une compression trachéale.

Nous voulons seulement, à propos de cette observation, corroborer l'opinion que M. Sebileau a émise dans l'avant-dernière séance à propos de la valeur comparée de l'œsophagoscopie et de la pharyngotomie rétro-thyroïdienne dans l'extraction des corps étrangers irréguliers de l'œsophage.

L'œsophagoscopie chez notre petite malade n'a pas permis non seulement d'extraire, mais même de voir un corps étranger cependant volumineux et haut situé. Il est probable que, dans ce cas, le tube a pénétré au travers du fil de fer enroulé en spirale, sans l'accrocher et sans même déceler sa présence.

La pharyngotomie rétro-thyroïdienne, au contraire, nous a permis simplement et rapidement d'extraire le corps étranger. Il était, nous le reconnaissons volontiers, plutôt pharyngien qu'œsophagien, mais nous avons pu nous rendre compte, au cours de l'intervention, que, grâce à la brèche rétro-thyroïdienne, nous aurions pu agir de la même façon dans tout le tiers supérieur de l'œsophage.

Nous ne saurions donc trop recommander cette opération qui est plus simple que l'œsophagotomie externe, et qui, à notre avis, doit lui être préférée dans la thérapeutique chirurgicale des corps étrangers irréguliers de l'œsophage. Elle mérite les éloges que M. Sebileau en a faits, et nous nous associons sans réserve aux conclusions qu'il a posées à la suite de sa récente communication.

M. Pierre Sebileau. — J'ai écouté attentivement la très intéressante observation que vient de nous lire notre collègue Rouvillois et je le remercie des termes dans lesquels il a apprécié, après l'avoir pratiquée, l'opération que nous avons, Quénu et moi, décrite et réglée sous le nom de pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

Puisque mon ami Rouvillois m'en fournit l'occasion, j'ajouterai quelques mots à ce que j'ai dit ici, il y a quinze jours.

Trompés par les comptes rendus un peu écourtés de quelques périodiques médicaux, certains ont pensé que j'avais déprécié l'œsophagoscopie. Au contraire, je me suis défendu contre un pareil sentiment.

L'œsophagoscopie est une admirable méthode d'exploration et de traitement. Journellement nous la pratiquons à Lariboisière. Cette semaine même, elle nous a permis d'extraire dans des conditions particulièrement difficiles, trois corps étrangers de l'œsophage. Mais j'ai dit l'autre jour, et je répète aujourd'hui, que l'œsophagoscopie ne peut pas être et n'est pas en réalité une méthode constamment bénigne et constamment efficace. Elle donne au diagnostic une très grande précision; mais dès qu'on l'emploie comme méthode thérapeutique, elle reste soumise, envers et contre tout ce qu'on écrit d'elle, aux aléas d'une méthode qui conserve, *au milieu de la lumière*, quelque chose d'aveugle et qui, dans des cas difficiles d'extraction, peut, ou rester inefficace ou devenir dangereuse.

Et c'est pour cela, comme je le disais dans ma dernière communication, que l'œsophagotomie et la pharyngotomie rétro-thyroïdienne demeureront des opérations nécessaires.

Deux points de la belle et malheureuse observation de Rouvillois m'ont particulièrement frappé : une exploration œsophagoscopique a fatigué, « abattu », dit-il, sa petite patiente; enfin cette exploration n'a pas permis de découvrir le corps étranger.

Je ne suis autrement étonné ni de l'une, ni de l'autre chose. Chez presque tous les malades, l'œsophagoscopie, surtout quand elle se prolonge un peu, est une opération pénible. Elle exige autant de force et de résolution de la part du malade que de douceur et de patience de la part du chirurgien. D'autre part, il peut arriver au spécialiste avec le tube œsophagoscopique ce qui est déjà arrivé avec les cathéters ou les extracteurs œsophagiens à bien des chirurgiens. N'est-ce pas notre collègue M. Broca qui, sur un enfant, méconnut l'existence d'une clef dans l'œsophage, parce que celle-ci n'opposa jamais nul obstacle à la coulée alimentaire et ne s'offrit jamais à l'explorateur?

Il y a trois jours on conduisit d'urgence dans mon service un soldat en permission qui avait avalé son dentier. Mon collègue et ami Lemaître et moi nous pratiquâmes l'œsophagoscopie et, malgré les renseignements fournis par la radiographie, nous méconnûmes tout d'abord le corps étranger pour l'avoir dépassé. Une exploration complémentaire nous permit de le découvrir et de l'extraire, non sans peine.

C'est pour toutes ces raisons que je disais l'autre jour : dans le cas d'un corps étranger régulier, lisse et d'introduction récente,

il convient d'avoir d'emblée recours aux méthodes anciennes d'extraction, car habilement et prudemment exécutées, elles sont moins pénibles que l'œsophagoscopie et tout aussi efficaces.

Mais si le corps étranger, même lisse, est depuis quelques jours dans l'œsophage, ou encore si ce corps étranger est irrégulier, muni d'aspérités, et si court qu'ait été son séjour dans le conduit alimentaire, il faut recourir à l'œsophagoscopie, tout en se rappelant que celle-ci doit rester soumise, au même titre que les vieux procédés d'extraction, aux règles de la plus grande douceur et de la plus grande prudence.

Dès qu'on tire, dès qu'on exerce un effort, *même en y voyant*, on fait courir un danger au patient. Et cet effort, il ne faut pas le faire : la pharyngotomie et l'œsophagotomie lui sont préférables.

Sur la péricardotomie.

M. Delorme. — En ouvrant à la Société de Chirurgie une discussion sur la péricardotomie, M. le professeur Jacob, par son observation, notre collègue, M. Rochard, par les remarques dont il l'a fait suivre, nous ont rendu service. Cette question, en effet, est de celles auxquelles notre Société ne s'est point encore bien arrêtée, et je puis dire, pour l'avoir suivie depuis avant 1895, qu'elle est digne de son intérêt et qu'elle mérite ses éclaircissements.

Je m'arrêterai surtout à deux points : au *diagnostic général*, au *mode opératoire de la péricardotomie*, m'écartant volontairement, quand je le jugerai utile, de la forme de péricardite qu'a observée M. le professeur Jacob.

I. — A la lecture des classiques médicaux, même les plus récents, l'idée qu'on se fait du diagnostic de la péricardite, c'est qu'il présente de grandes incertitudes, qu'il est difficile au début, que la péricardite doit alors être recherchée avec soin, sous peine de passer inaperçue (Dieulafoy), qu'elle réclame une auscultation et une percussion incessantes, qu'elle se développe parfois sans avertissement.

Si ces difficultés qui englobent toutes les formes, celles du début comme les phases de régression, les formes sèches ou relativement sèches, les petits épanchements, les collections profondes, et semblent se refléter sur des formes plus massives, sont faites pour embarrasser le médecin, je ferai observer qu'elles ne doivent pas préoccuper au même degré le chirurgien.

Ce n'est pas, en effet, à la période de traitement médical, incertaine, qu'on lui confie, disons qu'on lui *abandonne*, actuellement

le malade ; c'est à l'heure où les accidents pressent, *lorsque les limites de la tolérance du cœur sont atteintes ou dépassées et où les phénomènes d'adynamie cardiaque commencent à apparaître.*

C'est contre ces troubles, ces accidents que nous devons agir ; c'est par leurs symptômes tapageurs, le plus souvent graves, que nous sommes guidés. Vous le voyez : la situation du chirurgien et du médecin en présence d'une péricardite est toute différente ; l'un envisage une *symptomatologie de processus* ; nous, le plus souvent, une *symptomatologie d'accidents* ; et c'est parce que là, comme ailleurs, nous suivons, en parlant de péricardite, la symptomatologie médicale et que nous ne nous préoccupons pas assez de notre symptomatologie à nous, d'une symptomatologie de malades arrivés à la phase grave où l'intervention est opportune ou nécessaire, que nos signes ont du flou.

Si, au lieu de suivre les descriptions classiques, on s'inspire — ce que nous avons dû faire, M. Mignon et moi, pour notre mémoire — du tableau que nous donne le dépouillement des cas dans lesquels l'intervention a été appliquée, on constate qu'il y aurait exagération à dire que la situation est embarrassante.

Quoi nous importe dans la diagnose de la péricardite? *L'épanchement.* Et non l'épanchement petit, dont la recherche est difficile, mais dont la nature est capable d'assurer la résorption et que nous devons, par le fait, comme le médecin, abandonner à lui-même, à moins qu'il ne soit franchement purulent, mais l'épanchement *moyen*, vite apparu, ou l'épanchement *volumineux.*

Eh bien, dans ces cas, trois séries de signes dominent la scène : 1° signes fonctionnels respiratoires ; 2° des signes cardiaques ; 3° les signes mêmes de l'épanchement : matité exagérée à caractères souvent précis, et l'ombre radioscopique.

1° Signes fonctionnels respiratoires : la *dyspnée* par-dessus tout, la dyspnée qui manque rarement, parfois angoissante, terrible, dans maints cas où l'intervention est justifiée, la dyspnée poussée, hélas! chez certains, vus trop tard, jusqu'à la menace d'asphyxie, voilà déjà un signe qui, sans être, bien entendu, pathognomonique, puisqu'il peut être aussi bien pleural, pulmonaire que cardiaque, fixe l'attention.

2° Avec la *cyanose*, avec le pouls petit, très fréquent, mais surtout avec le *pouls paradoxal*, la valeur de la dyspnée se précise. Il est bon que le chirurgien soit attentif à ce curieux phénomène qui consiste dans la perception de trois ou quatre pulsations suivies, *pendant la même durée*, d'une intermittence radiale, d'un *arrêt radial*, alors que le cœur, lui, continue de battre. C'est le pouls paradoxal.

Or, ce pouls paradoxal, les médecins nous le disent, ça ne se

trouve que dans la péricardite avec épanchement ou avec adhérences.

3° Nous nous rapprochons déjà du dernier terme, de celui qui va donner aux précédents, à la dyspnée, au pouls multiplié, irrégulier, toute leur signification, je veux parler de la *matité*. C'est la base de notre action. Un épanchement, moyen ou gros, celui que nous avons à envisager avant tout, pour lequel on nous appelle, donne une matité importante. La percussion, disions-nous dans notre mémoire, dénote une *matité considérable*. Elle mesure en général de 15 à 16 centimètres verticalement et de 18 à 20 centimètres en largeur. Si, dans le sens horizontal, elle dépasse à droite le sternum d'un ou de deux travers de doigt, à gauche elle se prolonge jusqu'à une ligne verticale abaissée de l'aisselle, ou même s'avance plus loin, vers la région latérale du thorax. Elle commence en bas au niveau du 7e cartilage et s'étend en haut, soit au bord inférieur du 2e cartilage, soit jusqu'à la clavicule. L'aire de cette matité a la forme du péricarde, est triangulaire à base inférieure le plus souvent; d'autres fois, exceptionnellement, elle a plus ou moins une forme en bissac (1).

L'essentiel à savoir, c'est que *la matité est le plus souvent assez développée* pour légitimer le diagnostic.

Je sais bien qu'on a dit : la matité n'est pas pathognomonique. La tumeur du médiastin la donne comme la dilatation du cœur. Sans aller chercher plus loin, c'est si rare la tumeur du médiastin! La dilatation du cœur? Celle qui est capable de se confondre avec une péricardite est d'abord très rare, et puis, c'est presque la fin d'une histoire cardiaque; le péricardique n'a pas cette longue histoire; c'est un infecté, pris rapidement, un rhumatisant, un tuberculeux sans passé dirigeant l'attention vers le cœur.

D'un autre côté, l'induration pulmonaire a sa physionomie propre, ses autres signes caractéristiques, et l'incertitude que peut laisser un épanchement pleural cesse d'un coup d'aiguille exploratrice.

Un peu de sens clinique et d'attention suffisent donc pour différencier et éclairer.

Dyspnée forte, pouls inégal et fréquent, matité précordiale étendue, bruits du cœur mal perçus, disions-nous dans notre mémoire de 1895, imposent l'intervention quelle que soit la durée des accidents, le caractère d'acuité ou de chronicité de l'affection, et, pour ma part, je pense toujours ainsi.

Mais l'étude de ces épanchements s'est précisée depuis l'emploi

(1) Delorme et Mignon. *Sur la ponction et l'incision du péricarde*, in *Revue de Chirurgie*, 1895 et 1896, p. 803.

des rayons Röntgen, et dans une certaine mesure simplifiée puisque le diagnostic est devenu plus mécanique et moins personnel. Il est d'autant plus nécessaire d'en parler que des classiques médicaux n'insistent pas sur le concours que nous apporte ce moyen d'exploration.

Le professeur Bouchard a précisé les caractères des images :

1° Il y a *augmentation dans tous les sens* de l'ombre cardiaque ; cette augmentation a toute sa valeur quand elle dépasse les limites que l'hypertrophie et la dilatation atteignent très exceptionnellement ;

2° Il y a *changement de forme*, le contour tend à devenir circulaire régulièrement, sauf dans la portion où il est confondu avec l'ombre diaphragmatique (1) ;

3° Une *disparition plus ou moins complète des mouvements rythmiques* que l'ombre présente à l'état normal (2).

Tels sont les caractères *visibles* que fourniraient les épanchements péricardiques pour peu qu'ils soient abondants et qu'ils occupent leur place habituelle, qu'ils soient totaux et non circonscrits, surtout pas rétro-cardiaques, auquel cas le diagnostic est actuellement incertain.

La matité et l'obscurité péricardiques sont les vrais signes du chirurgien, ceux qui toujours lui sont les meilleurs guides. Ils le sont surtout, en particulier, dans les cas de péricardite tuberculeuse, où en raison de la nature insidieuse du mal et de son développement progressif, les symptômes fonctionnels manquent ou sont très atténués en dehors de la dyspnée, alors qu'au contraire la matité et l'obscurité péricardiques s'y présentent avec leur plus grand développement.

L'observation de M. le professeur Jacob est bien faite pour montrer tout le parti qu'on peut tirer de l'exploration de l'ombre cardiaque par la radioscopie.

Chez son malade, nous dit-il, il n'y avait pas d'*augmentation de la matité totale*; s'il était en état asphyxique, avec doigts et visage cyanosés, si la dyspnée était intense et le pouls paradoxal, très précipité, d'autre part les battements du cœur nettement perceptibles à la palpation, à l'inspection, et l'absence du signe fourni par la matité, eussent expliqué et excusé l'hésitation. L'examen radioscopique avec le pouls paradoxal permirent à M. le professeur agrégé Chavigny d'assurer son diagnostic avec un tel degré de

(1) *Traité de radiologie médicale*, publié sous la direction de Ch. Bouchard, Paris, Steinheil, 1904.

(2) Dans certains cas, on constate la forme en brioche que revêt à la percussion la zone de matité. Parfois il y a des modifications dans cette forme, du fait des adhérences.

sûreté qu'il résista au résultat décevant fourni par deux ponctions, lesquelles n'amenèrent que 1 à 2 centimètres cubes de liquide.

Mais le cas de M. le professeur Jacob n'est déjà plus un fait habituel. Chez son malade, la face antérieure du cœur était retenue au péricarde par des adhérences, le liquide s'était collecté en arrière et l'épanchement n'était pas très considérable.

Quoi qu'il en soit, il semble bien montrer que dans des conditions les moins favorables, le moyen est précieux.

J'ai laissé de côté intentionnellement bien des signes qui renforcent le diagnostic : la disparition des bruits du cœur ou leur affaiblissement extrême qui sont presque de premier ordre, les frottements, la tendance à la syncope, la voussure de la région péricardique, exceptionnelle comme l'œdème pariétal, la douleur le long du phrénique et surtout à ses points xipho-costal et sterno-mastoïdien, ayant tenu surtout à concentrer l'attention sur les signes capitaux et habituels de la péricardite à la période où le chirurgien est appelé à intervenir.

Il en reste un dernier, auquel nous aurions donné une des premières places si on pouvait assimiler la péricardite à la pleurésie. C'est la ponction avec l'*aiguille de Pravaz*. Nous n'en serions guère partisan à cause de ses risques et surtout de son insuffisance, soit que l'aiguille se laisse obturer par des flocons fibrineux ou qu'elle pénètre en un point où le cœur est adhérent.

II. — J'arrive au *procédé opératoire* DE CHOIX de la péricardotomie.

Dans son observation, M. le professeur Jacob, sans fausse honte, et parce qu'il tient à ce que son expérience soit profitable, nous a fait un aveu de ses embarras dont nous devons lui savoir gré.

Son malade avait subi deux ponctions avec le trocart n° 2 de Potain. La fatigue qu'il avait éprouvée força le chirurgien à retarder de quelques heures la péricardotomie. Le degré d'asphyxie, la cyanose, la folie du pouls croient devoir engager celui-ci à aller vite, à réduire la durée de l'opération au minimum. M. Jacob s'adresse alors au procédé d'Ollier quant à son premier temps.

Après une injection de cocaïne, il se contente de réséquer une portion du 5e cartilage costal, comme le voulait l'illustre chirurgien lyonnais, mais M. le professeur Jacob regrette bientôt de ne pas s'être donné un jour suffisant. Soit pour la désinsertion profonde du triangulaire du sternum, le réclinement du bord pleural, soit pour la saisie du péricarde, soit pour la recherche de la collection en arrière du cœur par une brèche haute et courte, il éprouve des

difficultés. Il eût préféré un procédé donnant un jour moins restreint et le désigne : c'est le procédé Delorme-Mignon. Il est certain qu'il lui eût donné une bien autre sécurité et qu'en fin de compte il eût été aussi rapide que le premier.

Après avoir pratiqué sur le vivant des péricardotomies difficiles, incomplètes parce que leurs incisions étaient trop petites, trop éloignées, trop hautes ou situées dans le champ pleural que j'ouvrais, à la façon des classiques, j'ai, de concert avec le professeur Mignon, recherché longuement sur le cadavre et nous avons trouvé un procédé :

1° Régulier en même temps que facile ;

2° Mettant sûrement à l'abri de l'atteinte des vaisseaux mammaires, mais surtout de celle de la plèvre trop habituellement blessée ;

3° Donnant le jour qu'il convient d'obtenir chaque fois qu'on aborde la région péricardique au bistouri et permettant d'éviter la blessure du cœur en cas d'adhérences ;

4° Ouvrant le péricarde à sa partie déclive, c'est-à-dire aux points où se collecte le liquide, dans certains cas ; aux points où le doigt insinué entre le cœur et le diaphragme doit aller à la recherche d'une collection postérieure ;

5° Susceptible de donner facilement issue non seulement aux liquides contenus dans le péricarde, mais aussi à ces amas parfois considérables de fausses membranes, agglomérats infectés capables de prolonger ou d'entraver la guérison.

6° Une incision permettant au doigt de dégager au besoin la surface du cœur d'adhérences friables, mais étendues, débuts d'adhérences ultimes plus solides.

Ces avantages, nous en sommes convaincus, les autres procédés proposés ne sauraient les réaliser tous et au même degré.

1° Les incisions intercostales que maints opérateurs ont pratiquées dans les 4e, 5e, 6e espaces, plus ou moins près du sternum, ont dû le plus souvent ouvrir la plèvre. Ne pouvaient l'éviter des chirurgiens mus par des impressions de circonstance, n'intervenant pas suivant un procédé délibéré à l'avance, ne possédant surtout pas cette notion que les recherches cadavériques nous ont montrée, à savoir que *la plèvre* retenue par ses adhérences à la paroi *ne suit pas le développement du péricarde*, que cette plèvre qu'il faut, à tout prix, éviter et qui se prolonge souvent jusqu'au sternum, n'est *aisément réclinable que sur son bord péricardique* reconnaissable à sa doublure par des pelotons graisseux qui la protègent.

2° On reconnaît que l'*incision épigastrique* de Larrey et ses

dérivés (1) qui mettent à l'abri de l'ouverture pleurale, puisqu'elle pénètre à travers la première digitation du muscle droit entre le diaphragme et la paroi thoracique, sont plus délicats et donnent moins de jour que l'incision antérieure, comme nous l'avons montré.

3° L'*excision sternale* ou l'*excision chondro-sternale inférieure* donne également un jour restreint et moins de commodité pour exécuter les actes complémentaires qui suivent l'ouverture péricardique.

4° Ouvrir la paroi en réséquant une côte (Ollier), même plusieurs, sans récliner la plèvre, c'est s'exposer encore à l'ouverture pleurale et à son infection massive en se donnant un peu plus de jeu et pas toujours un jour suffisant.

Aux difficultés éprouvées et accusées par M. le Dr Jacob, il est intéressant de comparer la facilité avec laquelle un autre opérateur, M. Rioblanc, a conduit les divers temps de son intervention en créant la brèche nécessaire suffisante (2).

L'observation de M. le médecin-major Rioblanc, répétiteur à l'Ecole du service de santé de Lyon, reproduite dans la Thèse de Massy (Lyon, 1899), est trop intéressante pour que je ne la transcrive pas ici *in extenso*. Elle mérite de figurer dans nos Bulletins :

Anesthésie à l'éther dans la position demi-assise, en raison des menaces d'asphyxie qui se produisent dès qu'on essaie d'étendre le malade. Incision de huit centimètres environ à gauche du sternum, parallèlement à son bord et à un centimètre et demi en dehors de lui. Cette incision, qui s'étend du rebord du 7e cartilage costal à la ligne horizontale mamelonnaire, est terminée, à chacune de ses extrémités, par une petite incision transversale de 3 centimètres. La peau, le tissu sous-cutané et le muscle grand pectoral sont sectionnés suivant les mêmes lignes et relevés en deux petits lambeaux, l'un interne, l'autre externe. Résection des 5e et 6e cartilages costaux dans une étendue de 4 centimètres à partir de l'articulation chondro-sternale. Section longitudinale des périchondres et des muscles intercostaux. On rencontre alors les fibres musculaires et l'aponévrose d'insertion du triangulaire du sternum; à la surface de ce muscle est l'artère mammaire interne. Destruction à l'aide de la spatule mousse de l'insertion sternale du triangulaire; cela fait, l'index recourbé en crochet racle de dedans en dehors la surface du péricarde et récline

(1) Procédés de Larrey, Jaboulay, Mintz, transpéritonéal de Mauclaire.

(2) Ce jeune camarade distingué, appelé à un bel avenir, a succombé en Tunisie victime de son dévouement. Je ne puis m'empêcher, en rappelant son souvenir, de me laisser aller à l'expression de bien vifs regrets.

à la fois en dehors le muscle triangulaire et le cul-de-sac pleural qui lui est adhérent. Le tout est confié à un écarteur; on aperçoit alors la surface blanche et les fibres transversales du péricarde; on forme et on soulève avec la pince à griffes un pli que l'on incise en dédolant avec précaution; on agrandit ensuite cette ouverture avec le dilatateur de Tripier.

Il s'écoule une très petite quantité de sérosité purulente, bientôt mêlée au sang qui s'échappe de la plaie et est projetée en tous sens par les battements du cœur. Ce liquide était inclus dans des poches séparées par des adhérences; la surface du péricarde, tant pariétal que viscéral, est couverte d'exsudats fibrineux. Contournant avec le doigt la pointe du cœur, M. Rioblanc déchire un certain nombre de ces adhérences et ouvre quelques loges postérieures d'où s'échappe du pus revêtant le même aspect, mais notablement plus abondant que celui trouvé en avant du cœur. Il s'agissait donc d'une péricardite avec épanchement cloisonné et presque entièrement collecté en arrière du cœur. Irrigation boriquée. Pendant toutes ces manœuvres, le pouls ne s'est pas modifié.

Nous ne reviendrons pas sur les temps de notre opération, classique et préférée par le plus grand nombre, laquelle permet d'assurer aussi bien l'évacuation des cavités totales et non cloisonnées que celle des cavités cloisonnées ou rétro-péricardiques. La présence d'adhérences antérieures, la quantité de liquide issu de la loge antérieure, faible par rapport à l'étendue de l'ombre, incitent à explorer la cavité postérieure. Le doigt, de préférence à tout instrument, engagé à la partie inférieure de la plaie qui correspond bien au sillon cardo-diaphragmatique, longe le diaphragme et évacue le liquide logé en arrière.

En résumé : j'estime qu'à la période à laquelle le chirurgien est actuellement appelé à pratiquer une péricardotomie, le diagnostic est rarement incertain, si ce n'est dans les cas de collections localisées, postérieures de faibles dimensions;

Que l'étendue de la matité et celle de l'ombre radioscopique constituent le meilleur signe pour l'opérateur, le meilleur indice tangible de l'utilité de l'opération.

Qu'il y aurait intérêt, étant donnée la sûreté de l'acte opératoire, à opérer plus tôt les malades atteints de péricardite avec épanchement;

Que le procédé de choix est celui que nous avons décrit, parce qu'il est le plus sûr.

J'ai avec intention abandonné la discussion sur le terrain spécial du traitement de la péricardite tuberculeuse et sur la comparaison de la paracentèse et de la péricardotomie. Si la question

restait à l'ordre du jour, je pourrais revenir sur un sujet qui me semble ne pouvoir être éclairé qu'en s'aidant de beaucoup de recherches.

Rapports.

Trépanation cranienne décompressive pour tumeur de la base, par M. Robineau, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. AUVRAY.

Au mois de mai dernier, notre collègue Robineau vous a lu l'observation qui fait l'objet de ce rapport, en même temps qu'il vous présentait le malade opéré par lui un an auparavant. Je vous demande la permission de reproduire ici *in extenso* cette intéressante observation.

H..., âgé de trente et un ans, tailleur, est adressé, au mois de mai 1909, par le Dr Souques, dans le service de chirurgie de l'hospice d'Ivry, avec le diagnostic de tumeur de la base du cerveau, pour subir une trépanation décompressive.

Le début de la maladie paraît remonter à quatre ou cinq années ; il y eut d'abord de simples maux de tête dont la fréquence alla en augmentant; les céphalées se localisaient de préférence à droite, puis gagnaient le côté gauche; dans les derniers mois, elles étaient quotidiennes. Depuis septembre ou octobre 1908, des vertiges sont survenus, obligeant le malade à s'asseoir, mais sans accompagnement de nausées ou de vomissements. Une fois par mois environ, au cours d'une crise de céphalée intense, le malade a remarqué que sa jambe droite devenait lourde et engourdie, et s'il essayait de marcher, le pied butait par la pointe sans qu'il pût le redresser. Ce phénomène ne durait que dix à quinze minutes.

En avril 1909, les yeux lui faisaient mal et sa vue commença à baisser assez rapidement; il ne pouvait plus enfiler ses aiguilles. A l'Hôtel-Dieu, le professeur De Lapersonne constata une névrite optique double avec saillies papillaires sans hémorragie; l'acuité visuelle était de 2/10 à droite, 7/10 à gauche, le champ visuel rétréci surtout à droite. Une ponction lombaire montra à M. Souques l'absence de lymphocytose. Cependant un traitement mercuriel fut essayé et continué sur ma demande pendant trois semaines. Le malade reçut vingt injections de 1 centigramme de cyanure de mercure. Une très légère amélioration fut obtenue, comme il arrive souvent en pareil cas, trop faible cependant pour retenir l'attention. A trois reprises, on retira par ponction 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, sans aucun résultat au point de vue des céphalées ou de l'acuité visuelle.

Dans ces conditions, l'opération fut décidée et eut lieu le 5 juin 1909.

La trépanation fut faite à gauche à cause de la parésie momentanée de la jambe droite.

Opération. — L'incision dessine sur le côté gauche du crâne un large lambeau curviligne à base inférieure passant en avant à un doigt de l'apophyse orbitaire externe, à un doigt de la ligne médiane en haut, et s'arrondissant en arrière pour aboutir derrière le pavillon de l'oreille. Après avoir percé six à sept trous de fraise, je sectionne le crâne à la scie de Gigli, et le lambeau ostéo-cutané est rabattu. La dure-mère est extrêmement tendue; le cerveau bat, mais faiblement; la dure-mère est incisée en suivant le contour de la trépanation, et aussitôt le cerveau fait une hernie notable; ses battements sont plus accusés. L'exploration de la surface ne révèle rien; l'hémisphère est alors soulevé avec précaution, mais l'exploration de sa face inférieure ne montre encore aucune lésion accessible. La dure-mère est alors rabattue et fixée seulement en avant et en arrière par deux points; en haut les lèvres de l'incision sont écartées de près de 2 centimètres. Je résèque à la pince gouge la base du lambeau osseux dans toute sa largeur et sur une hauteur de 2 centimètres, en vue d'obtenir une décompression définitive. Puis le lambeau est remis en place. Hémostase; sutures cutanées. Un petit drain est placé pendant quarante-huit heures dans la partie frontale de l'incision.

Suites opératoires. — Le malade se réveille hémiplégique droit et aphasique; il ne comprend aucune question.

Le 6 juin, il peut dire oui et non, écrire son nom de la main gauche, mais ne comprend toujours pas les questions. La paralysie de la jambe est moins prononcée.

Le 7 juin, la paralysie des membres a presque complètement disparu. L'usage de la parole revient peu à peu; le malade comprend bien; il forme mal ses phrases et bien des mots lui manquent encore.

Les jours suivants, l'aphasie diminue de plus en plus et, le 15 juin, on peut la considérer comme disparue.

Dès le 13 juin, le pansement s'est trouvé un matin mouillé; en le changeant, je constate un écoulement notable de liquide céphalo-rachidien à l'endroit où se trouvait le drain. Cet écoulement a obligé de changer quotidiennement le pansement pendant dix à douze jours; puis il s'est tari brusquement. Le 25 juin, le malade quittait le service; le lambeau osseux était encore mobile et formait relief à la surface du crâne; le malade ne pouvait remettre son chapeau. Il a dû, d'ailleurs, depuis, faire conformer ses chapeaux, son crâne étant asymétrique. Les céphalées ne sont jamais revenues, pas plus que les vertiges ou les phénomènes de parésie.

La vue s'est améliorée progressivement, mais nettement, à partir de l'opération. Dès le mois de juillet 1909, l'acuité visuelle était de 5/10 à droite et 8/10 à gauche. La papille n'était plus saillante à gauche, mais l'était encore à droite, avec des veines très marquées.

En août, le malade peut reprendre son métier de tailleur, qu'il n'a jamais quitté depuis, enfilant les aiguilles les plus fines. En octobre, l'acuité était de 7/10 à gauche, 9/10 à droite. Enfin, en mai 1910 et

dans de mauvaises conditions d'éclairage, elle était de 8/10 des deux côtés.

Après une grande fatigue, une très longue marche par exemple, le malade trouve difficilement ses mots. De temps à autre, il a quelques maux de tête peu accentués.

En résumé, le résultat opératoire s'est maintenu bon depuis une année, ce qui est sans doute en rapport avec l'évolution lente de la tumeur. La grave complication d'hémiplégie avec aphasie a été heureusement de courte curée. L'écoulement céphalo-rachidien tardif n'a eu aucune influence bonne ou mauvaise sur l'état du malade.

Dans une lettre que m'a écrite Robineau, en date du 8 février 1911, notre collègue constate que « son opéré continue à aller très bien, à voir très clair et exerce son métier de tailleur, enfilant jusqu'aux plus fines aiguilles ».

L'observation de M. Robineau rappelle l'attention sur une question dont j'ai eu déjà l'occasion de m'occuper à plusieurs reprises, et qui est de date assez ancienne, celle de l'*intervention palliative* dans le traitement des tumeurs cérébrales. Il n'est pas inutile d'y insister à nouveau et de faire connaître les résultats que la méthode palliative est susceptible de fournir, car, dans notre pays tout au moins, trop nombreux sont les médecins qui sont restés réfractaires à l'idée d'une intervention palliative ayant pour but, purement et simplement, en dehors de toute idée de guérison définitive, de procurer au malade, par la décompression des centres nerveux, une atténuation ou même la disparition complète, pour un temps parfois très long, des troubles nerveux si redoutables (céphalée, vertiges, vomissements, crises épileptiques, troubles intellectuels, troubles visuels, troubles auditifs) qui sont la conséquence de l'hypertension intracranienne, celle-ci résultant de l'accroissement de la tumeur et de la gêne qu'elle apporte dans la circulation du sang, de la lymphe et du liquide céphalo-rachidien.

L'idée, cependant, n'est pas neuve et les faits probants sont aujourd'hui nombreux. Voilà plus de vingt ans qu'à la Société de Chirurgie, J. Lucas-Championnière (1), pour la première fois vantait les bons effets de la trépanation décompressive. Avant lui, au Congrès de Londres, en 1872, de Wecker, dans le but de lutter contre l'hypertension intracranienne, avait proposé d'ouvrir la gaine du nerf optique pour permettre l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et décomprimer du même coup le nerf enserré dans sa gaine distendue. Mais les résultats obtenus n'avaient pas été encourageants et la méthode fut rapidement abandonnée. Le

(1) J. Lucas-Championnière. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, juin 1888.

fait n'était intéressant à rappeler ici qu'au point de vue historique. En 1890, au Congrès de Berlin, Horsley attirait aussi l'attention sur la valeur de la méthode décompressive. Depuis les travaux de Championnière et d'Horsley, nombreux sont les auteurs qui ont préconisé l'intervention palliative dans les tumeurs de l'encéphale. J'ai moi-même défendu la cause de la trépanation palliative dans ma thèse de doctorat en 1896 et dans le récent fascicule du *Traité de chirurgie* consacré à la chirurgie du crâne.

L'idée qui a conduit les chirurgiens à conseiller la méthode décompressive est confirmée par l'observation de certains faits cliniques. On a constaté en effet l'amélioration des troubles fonctionnels dus à des tumeurs à la suite de la disjonction spontanée des sutures craniennes chez des sujets jeunes et de l'accroissement consécutif de la cavité cranienne (Bregmann, 1901); on a vu la même amélioration se produire à la suite de l'écoulement spontané par le nez de liquide céphalo-rachidien (Nothnagel, 1888; Wollenberg, 1899; Frendenthal, 1900; Babinski, 1901; Vigouroux, 1908; Mac Gaskey, 1909). Qu'il y ait disjonction des sutures ou écoulement de liquide céphalo-rachidien, c'est à la décompression spontanée de l'encéphale qu'il faut rapporter l'amélioration des troubles fonctionnels.

Ce que la nature a fait spontanément dans certains cas, le chirurgien a cherché à l'obtenir soit par la *ponction* avec soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, soit par la *trépanation*.

C'est à la trépanation palliative que Robineau a eu recours dans le cas qu'il vous a présenté et je crois qu'il a eu raison, non sans avoir essayé d'abord des ponctions lombaires. Toutefois on ne saurait passer sous silence les discussions qui ont eu lieu sur la valeur comparée de la ponction et de la trépanation comme méthodes décompressives.

D'une façon générale, on peut dire que la ponction lombaire, car c'est d'elle seule qu'il est question ici, ne jouit guère actuellement de la faveur des médecins. La plupart conseillent de n'y pas recourir ou de n'y recourir qu'avec prudence. Moindrot (Ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales, *Th. de Lyon*, 1904) considère que la valeur thérapeutique de la ponction est le plus fréquemment faible, souvent nulle. Lannois et Porot, cités par Trocmé, jugent que pratiquement on doit s'abstenir de faire la ponction dans les cas de tumeur cérébrale bien établie. Duret (1) conseille d'être très prudent et même réservé sur

(1) Duret. Rapport sur les tumeurs cérébrales. Congrès français de chirurgie, 1903.

l'emploi de la ponction lombaire. Chipault, Dubarry et Guillot (1) s'élèvent contre l'emploi de la ponction. Ravaut lui préfère la trépanation (2).

Dans un récent travail paru en Allemagne (*Deutsch. med. Wochens*, 1909, p. 465) Küttner (de Breslau) établit un parallèle entre la ponction et la trépanation ; il donne la liste des chirurgiens allemands les plus connus qui sont partisans de la ponction : Middeldorpt, Maas, Meinhardt Schmidt, Payr, Kocher, Neisser et Pollak ; il cite parmi les adversaires de la ponction. Oppenhein et Fedorbraüm ; quant à lui, il pense que, de part et d'autre, il y a exagération dans la manière de juger un procédé qui conserve pourtant quelques avantages.

Dans une excellente thèse (1909) qu'il a faite sous l'inspiration de son maître Babinski, Trocmé (3) s'est efforcé de réunir le plus grand nombre possible de cas de tumeurs cérébrales où la ponction a été faite dans un but thérapeutique et de tirer de leur analyse des conclusions pratiques. Sa statistique s'élève à 144 cas. L'auteur a divisé les ponctions lombaires au point de vue des résultats qu'elles ont fournis en trois catégories : 1° *ponctions lombaires efficaces*, au nombre de 27 ; dans ces cas-là, on a noté une amélioration réelle des symptômes observés, et cette amélioration a persisté plus ou moins longtemps grâce à la répétition des ponctions ; 2° *ponctions lombaires inutiles*, au nombre de 82 ; 3° *ponctions lombaires suivies de mort*, au nombre de 35 ; la mort s'est produite le plus souvent le jour même ou le lendemain de la ponction. De cet ensemble de faits, Trocmé a conclu que la ponction lombaire était dans la grande majorité des cas inefficace, et que dans un certain nombre de cas elle pouvait être considérée comme dangereuse. Cependant il ne va pas, comme beaucoup d'auteurs, jusqu'à la proscrire d'une façon absolue, parce qu'il considère qu'avec certaines précautions on peut se mettre à l'abri des accidents mortels qui ont été signalés (évacuation seulement d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien [4 à 8 centimètres cubes, Sicard] évacuation lente du liquide ; évacuation sur un sujet placé dans le décubitus horizontal ; repos horizontal au lit avant et après la ponction ; interruption de la ponction lorsqu'il se produit immédiatement une recrudescence marquée de douleurs). Trocmé dit : « Il est donc permis de recourir à la ponction, qui offre au point de vue du diagnostic un intérêt de premier ordre. Lorsque la pre-

(1) Dubarry et Guillot. *Société française d'ophtalmologie*, 1905.

(2) Ravault, Gastinel et Velter. La rachicentèse, in *L'Œuvre médico-chirurgical*, n° 60, 31 mars 1910.

(3) Trocmé. De la thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale (méthodes décompressives). *Thèse de Paris*, 1909, n° 281.

mière ponction n'a été suivie d'aucun phénomène inquiétant, on peut la renouveler s'il y a lieu, c'est-à-dire dans le cas où elle est la seule opération décompressive qui puisse être tentée. Après un certain nombre de tentatives, si, éventualité rare, quelques bons effets ont été obtenus, on pourra se montrer un peu plus hardi dans l'emploi de la méthode. »

Babinski, dont l'opinion en pareille matière fait autorité, a publié dans le *Bulletin médical*, en avril 1910 (p. 371), un article où il met en parallèle la valeur de la ponction lombaire et de la craniectomie décompressive.

Il y a d'abord toute une catégorie de néoformations syphilitiques, qui se présentent avec les symptômes de tumeurs cérébrales et qui peuvent être complètement guéries à la suite d'une ou de plusieurs ponctions lombaires associées à la cure mercurielle ; dans ces cas-là, on ne saurait recourir à la craniectomie d'emblée. Babinski ajoute : « Je tiens à dire que les dangers de cette intervention dans les cas de tumeur cérébrale me semblent avoir été considérablement exagérés ; on a publié, il est vrai, quelques observations où la mort a été consécutive à cette opération, mais ces faits sont exceptionnels, si l'on tient compte du grand nombre de cas d'œdème cérébral où la rachicentèse a été pratiquée ; d'ailleurs, il est vraisemblable qu'il s'est agi parfois d'une simple coïncidence, car les malades en question, ceux en particulier chez lesquels la néoplasie avoisine le bulbe, sont exposés à des syncopes mortelles. Pour ma part, je n'ai pas observé d'accidents semblables, peut-être parce qu'en pareil cas j'ai l'habitude de ponctionner le malade placé dans la position horizontale, d'évacuer le liquide très lentement, en interrompant l'écoulement s'il est trop rapide, et de n'en retirer qu'une petite quantité à la fois. » Plus loin Babinski ajoute : « Il ne faut pas pratiquer la craniectomie avant de s'être assuré de l'insuffisance des moyens plus simples. »

Il y a pour cet auteur une première période de l'évolution des accidents pendant laquelle les symptômes sont encore peu marqués et où l'on a le temps, même si les premiers signes de la névrite œdémateuse se sont manifestés, d'essayer du traitement médical et de faire une ou plusieurs ponctions lombaires, « dont les dangers, qu'il ne conteste pas d'une manière absolue, semblent avoir été très exagérés et sont encore moindres que ceux de l'ouverture cranienne ». Il ne faut pas se dissimuler en effet que la trépanation palliative exécutée le plus rapidement et le plus simplement possible, n'est pas une méthode exempte de dangers.

A mon sens, la ponction lombaire n'est pas une méthode à rejeter systématiquement malgré les dangers auxquels elle expose,

car je pense, avec Sicard, Trocmé, Babinski, que les accidents graves peuvent être évités si la ponction est faite avec prudence et dans les conditions qui ont été précédemment indiquées.

Le plus gros argument qu'on puisse invoquer contre la ponction c'est son inefficacité. Nous avons vu que sur 144 cas de la statistique de Trocmé, vingt-sept fois seulement les ponctions furent efficaces. Et encore les résultats favorables obtenus par la ponction ne se sont maintenus que pendant un temps assez court, au bout duquel on a dû recourir à de nouvelles ponctions. Enfin, dans certains cas, au bout d'un temps plus ou moins long, l'action de la ponction paraît s'être épuisée.

Malgré ces résultats précaires, il me semble cependant qu'on peut sans inconvénient pratiquer la ponction, en prenant toutes les précautions nécessaires, lorsqu'on est appelé au début des accidents et pendant la période où, indécis sur la nature exacte du mal, on tente l'épreuve du traitement antisyphilitique. La ponction peut éclairer un diagnostic incertain et en même temps elle permet de tâter la sensibilité du malade vis-à-vis de la ponction. Si celle-ci procure un soulagement, si à plus forte raison elle s'est montrée inoffensive, on pourra renouveler les ponctions jusqu'au jour où elles resteront inefficaces.

Mais, bien entendu, on ne saurait s'attarder à la médication par les ponctions lorsque celles-ci restent sans effet, ce qui fut le cas chez le malade de Robineau, lorsque les lésions continuent à évoluer, et à plus forte raison lorsque, ce qui a été noté dans un certain nombre d'observations, on assiste à la suite de la ponction à une aggravation des accidents (exagération de la céphalée, recrudescence des vomissements, etc.), d'autant plus que, comme le fait remarquer Trocmé, cette aggravation des accidents a été signalée dans le tiers des cas où la ponction a été suivie de mort. En pareil cas, il faut sans tarder recourir à la craniectomie décompressive.

C'est encore à la trépanation décompressive qu'il faudrait s'adresser d'emblée et sans tarder dans les cas où, même si l'on suspectait la nature syphilitique des lésions, on se trouverait en présence d'un sujet arrivé à une période avancée de l'évolution de la maladie, en proie à une céphalée atroce et sur le point de perdre la vue. Il serait imprudent en effet de perdre du temps en attendant les résultats fournis par la ponction et le traitement d'épreuve pour trépaner, car on sait combien est rapide dans certains cas l'évolution de la névrite œdémateuse, et d'autre part des lésions du nerf optique qui sont susceptibles de rétrocéder à une période peu avancée de leur évolution peuvent, lorsqu'on intervient trop tard, aboutir à des lésions définitives, irréparables. Du reste, Lucas-Championnière ne nous a-t-il pas appris, que dans le

cas de lésions syphilitiques, la trépanation, par la décompression cérébrale, met la masse cérébrale en meilleure condition de guérison? Notre collègue en a eu la preuve chez des sujets chez lesquels les troubles cérébraux avaient, avant l'opération, résisté d'une façon absolne à un traitement spécifique longtemps prolongé. Ce traitement, repris après l'opération, a donné des résultats.

Enfin la trépanation reste la seule ressource à laquelle on puisse recourir dans le traitement palliatif des tumeurs cérébrales, lorsque par suite de l'absence de communication entre les espaces sous-arachnoïdiens, craniens et rachidiens, ce qui peut arriver dans certains cas, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien fait défaut au niveau du rachis. La ponction lombaire n'est en pareil cas d'aucune utilité. En voici un exemple personnel que j'ai observé tout récemment. Le professeur De Lapersonne avait dans son service une malade présentant un œdème de la papille extrêmement prononcé avec perte de la vision. Le diagnostic auquel s'était arrêté notre Maître était celui de tumeur cérébrale. M. De Lapersonne commença par pratiquer une ponction lombaire; il constata que le liquide céphalo-rachidien n'était pas hypertendu. En présence des accidents graves et très pressants observés du côté de la papille, il me demanda d'intervenir par la trépanation. Celle-ci démontra que l'hypertension intra-cranienne était considérable, car la dure-mère fit aussitôt après l'ablation du volet cranien une saillie très appréciable à travers la brèche faite à la paroi cranienne. En pareil cas la ponction lombaire ne peut fournir aucun renseignement utile au diagnostic, ni procurer de soulagement au malade.

Telles sont en somme les indications réciproques de la ponction et de la trépanation. La trépanation, on le voit par tout cet exposé, est la méthode de choix, il ne nous semble pas cependant qu'elle doive être substituée dans tous les cas à la ponction.

Il nous faut maintenant examiner quels sont les *résultats* fournis par la trépanation décompressive.

En ce qui concerne la gravité de l'opération elle-même, certains auteurs, et parmi eux Saenger, ont pu dire que la trépanation palliative était une opération presque dépourvue de danger. Saenger (1) en effet rapportait, en 1906, une statistique de 19 cas de trépanation palliative dans laquelle une fois seulement la mort avait suivi l'opération. Il est certain qu'aujourd'hui avec l'instrumentation nouvelle dont nous disposons, qui permet d'exécuter

(1). Saenger. *Berliner klin. Wochenschrift*, 12 novembre 1906.

en quelques minutes et sans ébranlement l'ouverture du crâne, nous pouvons espérer que la mortalité opératoire sera réduite à son minimum. Elle le sera aussi si on se décide à opérer plus tôt. Toutefois jusqu'ici il n'en a pas été ainsi, il faut bien le reconnaître. Bergmann dans son *Traité de chirurgie cérébrale*, en 1899, établissait une statistique de 157 cas de trépanation décompressives; 60 opérés avaient succombé dans la première semaine après l'opération, soit une mortalité opératoire de 38 p. 100. Dans une statistique qui date seulement de 1908, von Hippel (1) note que sur 198 cas de trépanation palliative, 149 survécurent, soit une mortalité globale de 25 p. 100. Enfin sur la statistique personnelle de Cushing (2), c'est-à-dire de l'un des hommes qui connaissent le mieux la chirurgie nerveuse, sur 41 trépanations palliatives, il y a eu 5 morts, soit une mortalité de 12 p. 100. On voit en somme par ces statistiques que la mortalité opératoire est élevée et elle l'est certainement davantage, beaucoup de cas malheureux n'ayant sans doute pas été publiés. On comprend du reste parfaitement que la trépanation, même palliative, donne un pourcentage élevé de mortalité opératoire, car malheureusement beaucoup de médecins n'ont pas encore compris la nécessité d'intervenir tôt en pareil cas, et livrent au chirurgien des malades cachectiques, arrivés au terme ultime de la maladie, incapables de supporter le choc opératoire.

Mais, à mon sens, ce n'est pas tant la gravité de l'opération qui doit nous préoccuper, puisqu'il s'agit en somme de malades irrémédiablement perdus, si on les abandonne à leur sort, que la question de savoir si l'opération palliative est susceptible d'apporter quelque soulagement à des malheureux qui sont fatalement condamnés à périr aveugles, dans la torpeur cérébrale et au milieu des souffrances les plus atroces et quels peuvent être le degré et la durée des améliorations constatées s'il y en a. Des faits aujourd'hui très nombreux nous permettront de répondre à ces différentes questions et la statistique, en particulier, de Trocmé qui porte sur 109 cas de tumeurs où la craniectomie a permis de supprimer l'hypertension intra-cranienne, nous fournira des documents précieux.

Dans l'article auquel j'ai déjà fait allusion, Babinski écrit : « La simple décompression a pour résultats *habituels* d'atténuer ou de supprimer la céphalée, les vomissements et les troubles mentaux

(1) Von Hippel. Trépanation palliative dans le cas de stase papillaire. *Arch. f. Ophtalmologie*, 1908.

(2) Cushing, de Baltimore. *The Lancet*, tome CLXXVIII, février 1910, p. 90-94.

et, quand elle est faite en temps opportun, de préserver de la cécité, en arrêtant l'évolution de la névrite œdémateuse. »

En réalité, le résultat le plus habituel, le plus rapidement obtenu et le plus durable à la suite de la trépanation palliative est la suppression de la douleur ; c'est un point fort important à constater quand on sait combien sont atroces les souffrances endurées par les malades atteints de tumeurs cérébrales.

Les troubles intellectuels, les vomissements, les vertiges, les crises convulsives, la torpeur cérébrale sont atténués ou complètement supprimés. Chez l'opéré de Robineau, les céphalés ne sont jamais revenues après l'opération, pas plus que les vertiges.

On a vu même certains sujets, plongés dans le coma, recouvrer leur connaissance après l'opération ; il en est qui ont pu reprendre leurs occupations (Horsley, Oppenheim, Küttner, Ballance, Jolly, Wyeth, C. Beck, etc.). L'opéré de Wyeth, après la trépanation, était sorti du coma et avait retrouvé l'usage de ses facultés intellectuelles d'une façon suffisante pour régler ses affaires et faire son testament avant de mourir.

Quant aux *troubles oculaires*, les modifications qu'ils ont subi à la suite de l'opération sont particulièrement intéressantes à étudier et méritent de retenir toute notre attention. On sait que les altérations de la papille sont l'une des lésions les plus constamment observées au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales. Au début, les lésions n'ont aucun caractère inflammatoire, il y a simplement œdème et congestion ; on constate à l'ophtalmoscope de l'œdème de la papille, dont les limites disparaissent en même temps qu'elle devient saillante ; à ce moment, la vision peut demeurer intacte avec des papilles faisant une saillie considérable. Plus tard, il y a infiltration leucocytaire des tissus et proliférations conjonctives. qui aboutissent à l'atrophie de la papille ; celle-ci s'aplatit, se décolore; il y a sclérose des vaisseaux et sclérose des fibres nerveuses adjacentes. C'est à cette période d'atrophie scléreuse que la vue commence à baisser de plus en plus jusqu'à la cécité complète. En présence de ces faits, la conclusion qui s'impose est la nécessité d'opérer tôt avant que les lésions du nerf optique soient définitivement constituées ; car, lorsqu'on est en présence de ces lésions scléreuses, il n'y a plus rien à attendre de l'opération au point de vue des manifestations oculaires. Si la diminution visuelle est très prononcée ou si la vue est déjà abolie, il ne faut pas compter sur le retour de la fonction. Lorsqu'on arrive trop tard, des lésions irrémédiables qui conduisent à la sclérose et à l'atrophie sont déjà produites. Il en était ainsi chez une malade que le professeur De Lapersonne voulut bien me confier il y a quelques semaines, et qui, au moment où je l'opérai, était déjà aveugle.

Malgré une large craniectomie pratiquée dans la région temporale, l'opération ne fut suivie d'aucun résultat heureux. Il ne faut donc accepter qu'avec beaucoup de réserves et considérer en tout cas comme tout à fait exceptionnelles les observations où la cécité a disparu après l'opération chez des sujets qui, depuis quelque temps, déjà avaient perdu la vue. Les résultats fournis par la craniectomie dans les lésions oculaires sont consignées dans plusieurs statistiques :

D'abord, dans la statistique déjà ancienne de Röhmer (1) (1898); cet auteur, sur 102 observations qu'il a recueillies de lésions cérébrales et cérébelleuses diverses dans lesquelles on a pratiqué la craniectomie curative ou palliative, trouve que 48 fois le résultat post-opératoire sur les nerfs optiques ne fut pas noté, et sur 54 cas où le résultat a été consigné, 27 fois il y eut guérison, 17 fois amélioration, et 10 fois le résultat fut nul.

Dans sa statistique, von Hippel (2) (1908) constate que sur 149 malades qui ont survécu à l'opération faite pour des tumeurs cérébrales, 89 fois la stase papillaire observée à l'ophtalmoscope a régressé et 14 fois elle a persisté. Au point de vue de la fonction visuelle, il distingue les cas où le malade, au moment de l'opération, avait une acuité visuelle pratiquement suffisante (sur 16 malades de la statistique appartenant à cette catégorie, 15 cas ont conservé la vision pendant longtemps; chez un seul elle a subi une diminution progressive), et ceux dont la vision était pratiquement inutilisable au moment de l'opération (sur 64 malades de cette catégorie, 52 n'avaient subi aucune amélioration visuelle, 12 seulement avaient été améliorés).

W. Spiller (3), de Philadelphie (1909), a admis, en s'appuyant sur les statistiques de Finkle et de Saenger, que dans 73 p. 100 des cas il se produisait, à la suite de l'opération, une amélioration manifeste des troubles papillaires.

Dans l'importante statistique, dont nous avons déjà parlé, de Trocmé (1909), on trouve seulement 44 observations suffisamment complètes pour être exactement renseigné sur ce qui s'est passé au point de vue visuel après l'opération. « Nous voyons, dit Trocmé, que 28 fois il y a eu, après l'opération, régression de la stase papillaire et augmentation de l'acuité visuelle; 8 fois la stase a régressé, mais la vue, déjà diminuée, est restée stationnaire;

(1) Röhmer. Influence de la trépanation sur la névrite optique. *Revue médicale de l'Est*, 1898.

(2) Von Hippel. Trépanation palliative dans le cas de stase papillaire. *Archiv. für Ophtalmologie*, 1908.

(3) W. Spiller. Contribution à l'étude des opérations palliatives pour tumeurs cérébrales. *J. American med. Assoc.*, 1909, p. 273, n° 4.

9 fois la vision a subi une réduction notable qui, malgré la disparition de l'œdème, est allée jusqu'à la cécité dans quatre cas. »

Trocmé ajoute que chez les malades qu'il a pu suivre personnellement dans le service de son maître Babinski et qui ont été opérés à un moment où leur vision était en voie de baisse progressive, « il y a eu régression de l'œdème, mais l'acuité visuelle a subi encore pendant un ou deux mois après l'intervention une réduction de quelques dixièmes; elle est ensuite restée stationnaire. Il doit en être ainsi dans la plupart des cas... ». Chez le malade qui est l'objet de ce rapport, notre collègue Robineau a constaté une amélioration très nette des troubles visuels. Avant l'opération, en avril, l'acuité visuelle mesurée par le professeur De Lapersonne était de 2/10 à droite, de 7/10 à gauche. Au mois de juillet, c'est-à-dire un mois après l'opération, l'acuité visuelle était de 5/10 à droite et de 8/10 à gauche : la papille n'était plus saillante à gauche, mais l'était encore à droite ; en août, le malade reprenait son métier de tailleur, enfilant les aiguilles les plus fines ; en octobre, l'acuité était de 7/10 à gauche est de 9/10 à droite ; au mois de mai suivant, c'est-à-dire un an après le premier examen, l'acuité visuelle était de 8/10 des deux côtés.

L'intervention a donc eu un résultat très heureux dans ce cas particulier, puisqu'elle a permis à l'opéré de reprendre son métier de tailleur.

La trépanation palliative a-t-elle une action sur les symptômes de localisation? C'est un point que Trocmé a envisagé dans sa thèse. « En règle générale, on ne peut pas attendre de la trépanation palliative une action efficace sur les signes de localisation, en rapport avec les centres détruits ou comprimés directement par la tumeur. »

Le plus souvent, les symptômes persistent et quelquefois même, acquièrent après la décompression une netteté plus grande qui peut faciliter le diagnostic topographique. Cependant, dans quelques cas, les signes de localisation ont pu s'atténuer ou même disparaître (Trocmé). Le malade de Robineau, qui fait l'objet de cette communication, présentait de temps à autre avant l'opération de la parésie du membre inférieur droit, qui n'a jamais reparu depuis l'opération, laquelle remonte à plus d'un an.

Trocmé, cherchant à expliquer la disparition des symptômes de localisation, pense tout d'abord qu'il y a des cas dans lesquels les symptômes ne relèvent ni de la compression ni de la destruction des centres, mais qu'il suffit de troubles de circulation provoqués par la tumeur pour expliquer ces réactions à distance ; or, la décompression en changeant les conditions de la circulation peut provoquer la disparition des symptômes. Trocmé admet encore que

« si l'ouverture est faite au niveau de la tumeur, celle-ci peut s'engager plus ou moins dans la hernie, et les régions voisines cessent d'être comprimées. Enfin, la suppression de l'hypertension entraîne la diminution ou la disparition de l'œdème encéphalique, supprime l'accumulation plus ou moins localisée du liquide céphalo-rachidien, décomprime le cervelet refoulé vers le trou occipital ».

Tels sont les résultats qu'on peut observer à la suite de la trépanation décompressive. Ils succèdent plus ou moins rapidement à l'opération. Tantôt ils se produisent immédiatement après la trépanation, tantôt seulement au bout de quelques jours, ou même de plusieurs semaines. Dans un cas observé personnellement par Trocmé, « l'amélioration n'a été véritablement acquise qu'après huit mois et elle s'est maintenue depuis, c'est-à-dire pendant plus de deux ans ».

Reste à savoir dans quelle proportion ces résultats heureux peuvent être observés et quelle en est la durée ?

D'après la statistique de Bergmann (1899), il y aurait 65 p. 100 des malades opérés qui auraient été plus ou moins améliorés.

La statistique personnelle de Cushing offre plus d'intérêt. Elle est toute récente, puisqu'elle a été publiée en janvier 1910 dans la *Lancet*.

Cushing estime que 57,8 p. 100 de ses opérés ont obtenu du fait de l'intervention une guérison définitive ou une amélioration notable et prolongée. On voit que Cushing va jusqu'à prononcer le mot de guérison définitive. Un certain nombre, en effet, de ses anciens opérés sont encore en vie, avec bonne santé, six et huit ans après l'intervention. Des faits analogues sont rapportés dans la *Thèse* de Trocmé, où l'auteur a réuni 109 cas de résultats heureux après la trépanation décompressive ; dans 17 cas l'amélioration s'était maintenue pendant plus d'un an, et dix fois sur dix-sept l'opération remontait à deux ans ou plus (une fois à trois ans, deux fois à cinq ans, une fois à huit ans). Ce sont là incontestablement des faits rares ; toutefois, on ne peut pas dire que d'aussi longues survies soient incompatibles avec l'idée de tumeur, car celle-ci a été constatée à l'autopsie de sujets chez lesquels ces longues survies avaient été observées. Sur huit cas de la statistique de Trocmé où la survie avait duré un an ou davantage, six fois l'autopsie fut faite, quatre fois l'opération remontait à deux ans ou deux ans et demi. Mais le plus souvent la survie n'est pas aussi longue, et dans la statistique de Trocmé la survie des opérés qui ont fini par succomber aux progrès de la tumeur a été en moyenne de sept mois et demi. Beaucoup sont morts sans que les symptômes d'hypertension intra-cranienne aient reparu ; ils ont succombé à la cachexie ou à une maladie intercurrente. Chez d'autres, les troubles

observés avant l'opération ont fait de nouveau leur apparition au bout d'un temps plus ou moins long, que Trocmé estime dans les observations qu'il a réunies à six mois en moyenne.

Le chirurgien est-il désarmé vis-à-vis de la récidive des troubles fonctionnels? En réalité, il a à sa disposition deux moyens qui lui permettent encore d'agir d'une façon efficace : la craniectomie décompressive faite une seconde fois et la ponction de la hernie cérébrale.

La seconde trépanation palliative est généralement faite du côté opposé à la première, et elle a dans certains cas amené une amélioration qui s'est prolongée pendant plusieurs mois.

Quant à la ponction cérébrale, autant il est contre-indiqué d'y recourir d'emblée comme méthode palliative, autant elle peut rendre service en cas de récidive à la suite de la trépanation palliative. Terrier, Saenger, Keen, C. Beck etc., ont fait à plusieurs reprises la ponction des ventricules à travers la portion herniée du cerveau et en ont obtenu de bons effets.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à insister sur quelques points particuliers de la technique opératoire dans la craniectomie décompressive.

Et d'abord, à quel niveau l'opération doit-elle être pratiquée? Tout dépend des symptômes observés. S'il existe des signes de localisation, il semble préférable de trépaner au niveau du siège présumé de la tumeur, car, évidemment, l'opération idéale doit consister, à moins que le sujet ne soit dans un état particulièrement grave qui s'oppose à l'intervention radicale, dans l'ablation de la tumeur toutes les fois que celle-ci est possible; une fois la tumeur mise à découvert, on en fera l'examen soigneux, on étudiera les conditions dans lesquelles peut se faire son extirpation, et, si on reconnaît que celle-ci n'est pas réalisable, on fermera la plaie, agissant par simple décompression, après avoir eu soin de ne pas prolonger les explorations inutilement sous peine d'augmenter notablement les phénomènes de choc.

Si, au contraire, comme cela arrive malheureusement souvent, trop souvent, rien n'a permis de localiser la tumeur, ou si celle-ci est localisée dans une région inaccessible, le mieux sera de trépaner du côté où siège le maximum des lésions papillaires, et suivant le conseil de Cushing (1), de Kennedy (2), au niveau d'une zone indifférente de l'écorce, en dehors de la zone rolandique, pour éviter l'attrition que peuvent subir les centres corticaux au

(1) Cushing. *Surgery Gynæcology and Obstetrics,* juillet 1909, t. IX, p. 1.
(2) Kennedy. *British. med. Journ.*, 1910, p. 1226.

niveau des bords de l'orifice osseux lorsque le cerveau, sous l'influence de la poussée intra-cranienne, fait une hernie volumineuse au dehors. Cette attrition peut avoir pour conséquence, en effet, une hémiplégie au niveau de la région rolandique, une hémianopsie au niveau de la région occipitale. Cushing a conseillé de trépaner, pour les lésions cérébrales, dans la région sous-jacente au muscle temporal ; c'est la conduite qu'a suivie dans le cas que nous rapportons, notre collègue Robineau et il a eu raison. C'est celle également que j'ai adoptée. Pour les lésions siégeant au niveau de l'étage postérieur du crâne, Cushing préconise la trépanation dans la région occipitale sous-jacente aux muscles de la nuque. L'ouverture du crâne, pratiquée dans les régions recouvertes par des plans musculaires, a pour avantage de prévenir le développement exagéré de la hernie cérébrale, par conséquent, de rendre la difformité moins apparente et d'empêcher la gêne de la circulation qui se produit parfois dans la masse herniée lorsque celle-ci est trop volumineuse et peut compromettre sa vitalité, et aussi de prévenir la rupture de la cicatrice renforcée par les muscles. Cette crainte de la rupture de la cicatrice est justifiée : entre autres observations, je citerai celle de Dubarry et Guillot, rapportée par les auteurs dans les *Bulletins de la Société ophtalmologique* (1905, p. 197), où il y a eu, le douzième jour, rupture de la cicatrice sous la pression exercée par le prolapsus cérébral et mort par méningite.

En ce qui concerne la manière d'ouvrir le crâne, il me semble que la meilleure conduite à suivre est celle qui consiste à ouvrir le crâne de façon à combiner l'exploration et la décompression lorsque la tumeur est reconnue inopérable. On commencera donc par tailler, en se servant de préférence des nouveaux trépans que je considère, pour ma part, comme très supérieurs aux anciens instruments, à cause de la rapidité et de la sécurité avec laquelle l'opération peut être faite, un volet ostéo-musculo cutané qu'on rabattra. Si la tumeur est reconnue inopérable, ou si elle n'est pas trouvée, on pourra tout simplement pratiquer sur-le-champ l'ablation du fragment osseux soulevé ; il persistera à la suite de l'opération une ouverture osseuse très large qui permettra de réaliser une excellente décompression ; Lucas-Championnière se montre partisan de ces très larges ouvertures craniennes, et c'est la conduite que j'ai adoptée jusqu'ici. Cushing (1) procède autrement et sa manière de faire est celle à laquelle a eu recours notre collègue Robineau chez son opéré. Il taille d'abord et rabat un

(1) Cushing. *Surgery Gynæcology and obstetrics*, t. IX, juillet 1909, p. 1 à 5. Voyez figure in *Journ. de chirurgie*, septembre 1909, p. 282.

large volet osseux, puis lorsqu'il s'est rendu compte que la tumeur était inopérable, il suture la dure-mère et fait à la base du lambeau dure-mérien suturé une incision de décompression en forme d'étoile; il résèque ensuite avec la pince-gouge, au niveau de la base du lambeau osseux, une bande de tissu osseux plus ou moins large; ainsi se trouve créé, dans le squelette, l'orifice de décompression, lequel répond au muscle temporal qui le protège. Chez son opéré, Robineau s'est contenté de réséquer la base du lambeau osseux dans toute sa largeur et sur une hauteur de 2 centimètres. Le lambeau osseux ostéoplastique, réséqué à sa base, est remis en place et les téguments suturés.

Je préfère le procédé de Cushing à celui qu'a décrit Jianu (1), qui, pour ne pas renoncer au procédé ostéoplastique, propose un nouveau procédé qui consiste à empêcher le volet osseux de retomber à la place première, en passant au-dessous de lui deux fils d'argent qui lui servent de soutien, jusqu'à ce qu'il ait adhéré dans sa nouvelle position.

On s'est demandé si, dans le cas où le chirurgien a pour but uniquement de faire une opération palliative, l'opération devait consister dans une craniectomie simple, sans ouverture de la dure-mère ou si on devait adjoindre à l'ouverture du crâne l'incision de cette membrane. Il n'est pas douteux que la simple résection de la paroi osseuse sans incision durale a fourni dans certains cas de bons résultats, grâce à l'extensibilité de la dure-mère et qu'elle expose moins aux dangers d'infection, de choc opératoire et de rupture de la cicatrice. Cependant la plupart des auteurs préconisent l'incision de la dure-mère, parce qu'elle permet d'obtenir une décompression plus rapide et plus parfaite de l'encéphale et parce qu'elle permet l'évacuation du liquide céphalo-rachidien que quelques-uns (Jaboulay, Bergmann, Saenger, Bruns) considèrent comme indispensable si l'on veut obtenir un effet utile de la craniectomie décompressive. Au dernier Congrès français de chirurgie (octobre 1910), J. Lucas-Championnière a défendu la même idée : « Depuis longtemps, dit-il, j'ai toujours ouvert la dure-mère et même cherché à obtenir l'écoulement du liquide céphalo-rachidien *le plus important possible*. En certaines circonstances, il fut énorme. L'ouverture de la dure-mère est bien importante, car elle contribue puissamment à la détente à obtenir. Je n'ai pas vu cette ouverture avoir d'inconvénients. On peut même dire que si elle favorisait une hernie cérébrale, c'est précisément que la tension intra-dure-mérienne serait telle que l'ouverture de la dure-mère serait une nécessité absolue. »

(1) Jianu. *Deutsche Zeits für chir.*, t. CVI, septembre 1910, p. 558 à 568. Voyez figures, in *Journ. de chirurgie*, décembre 1910, p. 679.

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien peut jouer un rôle utile non seulement au moment de l'opération, mais aussi plus tard alors que la cicatrisation complète de la plaie est chose effectuée depuis longtemps. On assiste parfois sous l'influence d'une nouvelle augmentation de la pression intra-cranienne, l'occasion d'un retour offensif des accidents, à la formation spontanée d'une fistule secondaire. Jaboulay, dans sa Chirurgie du système nerveux, a insisté sur l'utilité et même la nécessité de ces cicatrices filtrantes. Il a constaté que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien au fur et à mesure de son hyperproduction qui est bien la cause immédiate des phénomènes de compression intra-cranienne, avait eu pour conséquence la cessation de la céphalée et l'amélioration de la vision. Trocmé rapporte dans sa *Thèse* l'histoire d'une malade qu'il a suivie et qui est particulièrement instructive : il s'agissait d'une enfant de douze ans qui, « après la trépanation palliative, fut améliorée sans doute, mais souffrait encore assez souvent de retours offensifs des douleurs, jusqu'au jour où, cinq mois après l'intervention, la cicatrice opératoire s'ouvrit par une fistule qui donna issue à du liquide ». Il va de soi que ces fistules devront être pansées d'une façon rigoureusement aseptique, si l'on ne veut pas exposer les sujets qui en sont porteurs aux dangers d'une infection méningée.

Ainsi donc le mieux est, à notre avis, d'ajoindre à la trépanation l'ouverture de la dure-mère dans le traitement palliatif des tumeurs cérébrales. Il me semble que cette incision durale peut être faite sans inconvénient le jour même de la trépanation et non dans une séance ultérieure, à moins que, comme l'a dit Frazier, on ne constate après la simple ouverture du crâne un état de choc prononcé et un affaiblissement de la pression sanguine.

Il n'est point utile à la fin de l'opération de réunir par des sutures les lambeaux provenant de l'incision durale ; ceux-ci pourront être réséqués ou tout simplement retournés sur les bords de l'orifice osseux. On assurera, en terminant, une réunion très exacte du lambeau cutané.

Voici, Messieurs, exposé aussi fidèlement que j'ai pu le faire l'état actuel de la question du traitement palliatif des tumeurs cérébrales. En somme les chirurgiens qui ont quelque expérience des opérations cérébrales s'accordent tous pour reconnaître les avantages que la craniectomie décompressive est susceptible de procurer aux malades atteints de tumeur cérébrale, en provoquant l'atténuation ou même la disparition complète et pour un temps parfois très long, des troubles fonctionnels si redoutables qui sont sous la dépendance de l'hypertension intra-cranienne. Vous

n'avez pour vous convaincre qu'à lire les récents travaux de Angerer (1) 1908, Frazier (2) 1909, Küttner (3) 1909, Spiller (4) 1909, Cushing (5) 1910, J. Lucas-Championnière (6) 1910.

Ce rapport était écrit lorsque j'ai eu connaissance d'une courte discussion qui a eu lieu dans la séance du 27 janvier 1911 à la Société médicale des Hôpitaux (7), sur le traitement palliatif des tumeurs cérébrales. De Martel et Cl. Vincent, Hirtz, Souques et Sicard y ont insisté sur l'utilité de la trépanation décompressive.

La trépanation décompressive doit être retenue en somme dans le traitement des tumeurs cérébrales inopérables au même titre que la gastrostomie dans le traitement du cancer de l'œsophage et que l'anus iliaque dans le traitement du cancer de l'intestin. Les heureux effets de la décompression cérébrale ne se font pas sentir du reste seulement dans les cas de tumeurs cérébrales; il y a longtemps que L. Championnière a montré tout le parti qu'on pouvait tirer de la décompression cérébrale dans beaucoup d'autres états cérébraux. Mais aborder cette question serait sortir du cadre que je me suis tracé.

Je vous demande, en terminant, de voter des remerciements à notre collègue Robineau pour l'observation qu'il nous a adressée et de vous souvenir de son nom lorsque vous aurez prochainement à procéder à l'élection d'un membre titulaire de la Société.

Deux cas d'ulcère du duodénum, par M. Lecène.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Les hasards de la clinique ont fait qu'en moins d'une semaine, mon assistant M. Lecène a eu l'occasion d'opérer dans mon service de l'hôpital Bichat deux cas d'ulcère du duodénum. Les deux malades ont guéri sans incidents, M. Lecène vous les a pré-

(1) Angerer. *Zeitschr. für aüzthiche Forthild.*, 1908, p. 581.
(2) Frazier. *J. of American Med. Assoc.*, 1909, p. 1805.
(3) Küttner. *Deuts. med. Wochens.*, 1909, p. 465.
(4) W. Spiller. *J. of. American med. Assoc.* 1909, p. 273, n° 4.
(5) Cushing. *The Lancet*, tome CLXXVIII, janvier 1910, p. 90 à 94.
(6) Lucas-Championnière. Communication faite à l'Association française de chirurgie, 1910.
(7) De Martel, Cl. Vincent, Hirtz, Souques et Sicard. *Bulletins de la Soc. médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 janvier 1911, n° 37.

sentés en bon état tous deux. Je viens aujourd'hui vous faire un court rapport sur ces deux observations intéressantes à plus d'un titre, surtout en ce moment où la question de l'ulcère du duodénum se trouve être d'actualité.

Obs. I. — Dans la nuit du 26 au 27 décembre 1910, on amena à l'hôpital Bichat, un jeune homme de vingt ans, qui présentait des accidents de péritonite aiguë.

Le lundi 26 décembre, ce jeune homme s'était réveillé très bien portant et était allé à son travail. Au repas de midi, il se sentit un peu mal à l'aise et mangea beaucoup moins que d'habitude. Cependant, il continua à travailler toute l'après-midi. A sept heures du soir, comme il sortait de son atelier et causait avec des camarades, *il fut pris soudain d'une très violente douleur, dans la fosse iliaque droite* : la douleur fut si violente qu'elle empêcha le malade de continuer à marcher et il dut prendre une voiture pour se faire reconduire chez lui. En rentrant chez lui, le malade eut *un abondant vomissement*, composé d'aliments et d'un liquide jaunâtre, un peu amer. La douleur abdominale persistant, toujours aussi vive, un médecin fut appelé : il diagnostiqua une appendicite aiguë et dit aux parents du malade de l'envoyer le plus vite possible à l'hôpital.

Le malade entre à l'hôpital après minuit : sa température (rectale) était à ce moment de 38°8 et le pouls à 100 : on appliqua une vessie de glace sur l'abdomen et l'on fit une injection d'un litre de sérum sous la peau de la cuisse.

Le lendemain matin, 27 décembre 1910, je vis le malade à neuf heures, à mon arrivée à l'hôpital : la température rectale était de 38°2 et le pouls à 100, bien frappé et régulier. Le facies est un peu grippé; la langue est saburrale, mais pas sèche. Le malade n'a plus vomi depuis hier soir sept heures et demie; mais il a essayé à plusieurs reprises d'uriner, sans résultat; de même, depuis hier soir, il n'a rendu ni matières, ni gaz par l'anus.

Le ventre n'est pas ballonné; il est très douloureux, spontanément et à la pression, *dans la fosse iliaque droite*; il existe à ce niveau, une contracture musculaire des plus nettes; le point maximum de douleur provoquée correspond au bord externe du muscle grand droit, sur la ligne iléo-ombilicale droite. La fosse iliaque gauche est souple et indolente. La région épigastrique n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. La percussion de l'abdomen révèle l'existence d'une submatité nette dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au ras de l'arcade de Falope; le reste du ventre présente une sonorité normale; la matité hépatique persiste et le foie s'arrête au rebord costal, sur la ligne mamillaire. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement particulier.

On demande avec insistance au malade, s'il a eu quelques troubles digestifs antérieurs : il répond qu'il n'a jamais été malade, qu'il a toujours parfaitement digéré et qu'il possède un excellent appétit : il va à

la selle tous les jours, spontanément, et n'a jamais remarqué que ses matières fussent colorées en noir.

En présence de ces symptômes et de cette histoire clinique, je fis le diagnostic d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale au début, et suivant les règles du service je décidai une intervention immédiate.

Opération. — Le mardi 27 décembre à 9 heures et demie du matin, soit quatorze heures après le début des accidents, anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne : désinfection de toute la paroi abdominale à la teinture d'iode.

1° Incision dans la fosse iliaque droite, à deux travers de doigt, en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la ligne spino-ombilicale. Dissociation musculaire : à l'ouverture du péritoine il sort du pus jaunâtre, bien lié, sans odeur : ce pus est libre autour du cæcum et de l'iléon; j'attire le cæcum et je trouve l'appendice, libre, nullement adhérent, un peu vascularisé seulement, mais pas plus que les anses intestinales voisines : appendicectomie, enfouissement du moignon. Ne trouvant pas une explication satisfaisante des accidents de péritonite aiguë dans les lésions minimes de cet appendice enlevé, je pense à la possibilité d'un ulcère gastrique ou duodénal perforé.

Fermeture à 3 plans de l'incision iliaque, après mise en place d'un drain n° 40 qui plonge *jusqu'au fond du Douglas*, d'où sort, par le drain, un flot de pus, jaune-vert, bien lié, sans odeur.

2° Incision transversale dépassant de chaque côté la ligne médiane de 8 centimètres, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Section du feuillet antérieur de la gaine des droits; de chaque côté : Chaque muscle est récliné latéralement : incision du feuillet postérieur de la gaine et du péritoine : il s'écoule à l'ouverture un peu de pus jaunâtre, sans odeur; l'estomac est facilement attiré au dehors et examiné; cet organe est vascularisé, recouvert de quelques petites fausses membranes; mais il est gonflé de gaz et ne présente pas trace de perforation, ni d'induration pariétale. Vers le pylore, le nombre des fausses membranes augmente et la vascularisation est plus marquée; en conséquence, je coupe la moitié du muscle grand droit, transversalement, et je peux très facilement examiner du côté droit la première portion du duodénum jusqu'à l'angle sous-hépatique de la face antérieure de la première portion du duodénum; à plus de deux travers de doigt du sphincter pylorique, aisément palpable, j'aperçois *une perforation lenticulaire*, par où sortent quelques bulles de gaz; cette perforation siège au centre d'un *épaississement cartonné de la paroi antérieure duodénale*; cet épaississement a au moins les dimensions d'une pièce de 2 francs. J'essaye, mais sans succès, de suturer la perforation duodénale; je n'insiste pas davantage et par un surjet séro-musculo-séreux au catgut n° 0, placé perpendiculairement à l'axe du duodénum, en tissus souples et sains, j'enfouisse facilement toute la région de l'ulcère et la perforation ; pour plus de sûreté, je place un peu d'épiploon sur le surjet d'enfouissement et je le fixe par deux points de catgut.

Je pratique alors, pour finir, une gastro-entérostomie postérieure,

typique, transmésocolique, à anse courte, avec suspension verticale de l'anse jéjunale, les sutures sont faits en surjet à la soie, suivant la technique de mon maître le professeur Hartmann.

Fermeture complète de la paroi en deux étages : un plan profond de catgut chromé sur le péritoine, le muscle droit coupé partiellement et la gaine antérieure des deux droits et un plan de fils de bronze qui reprend en masse les muscles de la peau. L'opération a duré quarante minutes : le malade semble l'avoir bien supporté. A la fin de l'opération, j'ai fait donner un lavement d'un litre de sérum physiologique chaud.

Les suites furent des plus simples : dès le surlendemain le malade eut une selle abondante et des gaz, après lavement purgatif : il n'y eut pas de vomissement : le malade fut *tenu assis dans son lit* et le drain du Douglas qui donna beaucoup pendant quarante-huit heures, fut raccourci le troisième jour et supprimé le quatrième. Les plaies réunirent par première intention, et le 20 janvier 1911 le malade quitta l'hôpital pour aller à Vincennes. J'ai présenté ce malade à la Société de Chirurgie dans la séance du 15 février 1910.

Le pus prélevé lors de l'opération contenait un diplocoque encapsulé prenant le Gram, qui poussa bien sur bouillon et gélose et présentait les caractères de culture du pneumocoque (gouttes de rosée sur gélose). Dans les leucocytes de l'exsudat purulent, on retrouvait ce diplocoque phagocyté.

Cette observation est un exemple typique d'*ulcère duod'nal, absolument latent*, brusquement perforé et donnant naissance à une péritonite aiguë avec maximum de douleur et de défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite.

Cliniquement, *tout faisait penser à une péritonite appendiculaire*; l'erreur de diagnostic semble impossible à éviter; Moynihan (1) l'a relevée dans un grand nombre de cas; sur 49 cas d'ulcères du duodénum, on avait fait 19 fois le diagnostic d'appendicite aiguë; nos collègues Ricard et Pauchet (2) dans leur rapport au dernier Congrès français de chirurgie insistent aussi sur cette erreur.

La similitude entre les symptômes de la péritonite appendiculaire et ceux de la péritonite par perforation du duodénum s'explique facilement lorsque l'on suit la *migration des liquides qui s'échappent de la perforation*. Cette migration le long des côlons dans la fosse iliaque droite, puis dans l'excavation, est un fait aujourd'hui bien connu et que j'ai eu personnellement l'occasion de le constater.

Elle tient aux dispositions anatomiques normales de la cavité abdominale, à la présence du mésocôlon, du côlon et du grand épiploon.

(1) Moynihan. *Lancet*, Londres, 1901, t. II, p. 1656.

(2) Ricard et Pauchet. *Comptes rendus du 23e Congrès de l'Association française de chirurgie*, Paris 1910, p. 461.

Maynard Smith (1) a fait à cet égard d'intéressantes expériences cadavériques. Après perforation du duodénum, il injecte dans l'estomac, sous pression, un liquide coloré et le voit fuser tout d'abord dans la poche rénale limitée en avant par la face inférieure du lobe droit du foie et l'angle droit du côlon, en arrière par la face antérieure du rein droit, en dehors par la paroi abdominale postéro-latérale, en dedans par le duodénum lui-même et l'hiatus de Winslow.

Lorsque le liquide coloré, sortant de la perforation duodénale, a rempli cette poche rénale, il suit constamment le bord externe du côlon ascendant, puis entoure le cæcum, franchit le détroit supérieur et vient se collecter dans le petit bassin au fond du cul-de-sac de Douglas.

Le maximum des symptômes correspondant à la fosse iliaque, on est amené à inciser à son niveau; on y est d'autant plus amené que la fréquence de l'appendicite y invite. Il est donc bien naturel que M. Lecène ait incisé à ce niveau. Là où se montre sa sagacité, c'est quand, frappé du peu d'intensité des lésions appendiculaires, il eut immédiatement l'idée d'une perforation haute du tube digestif.

L'incision iliaque le conduisit à rectifier le diagnostic clinique, elle ne fut donc pas inutile à ce point de vue; elle fut de plus très utile au point de vue thérapeutique, car elle permit à M. Lecène de placer un long drain descendant jusqu'au fond du Douglas, drain qui, grâce à la position assise du malade, assura pendant les deux jours suivant l'opération une abondante évacuation du pus collecté dans les parties déclives de l'abdomen.

Pour explorer l'estomac et le duodénum, M. Lecène fit une *incision horizontale de la paroi abdominale*. Dans cette incision, qu'a récemment recommandée Sprengel (2), on n'ouvre tout d'abord que le feuillet antérieur de la gaine des droits; on récline les muscles latéralement et l'on ouvre le péritoine. Si c'est nécessaire, on encoche ensuite le grand droit de l'un des deux côtés. L'opération terminée, on reconstitue facilement par la suture la continuité du muscle droit et de sa gaine.

Cette incision encore peu employée est anatomiquement et physiologiquement logique, car elle ménage les nerfs d'une manière aussi complète que possible. Au point de vue de l'éventration consécutive, elle est supérieure à l'incision verticale médiane combinée à un débridement transversal, le point de jonction des deux lignes constituant un point faible.

(1) Maynard Smith. *Lancet*, 1906, t. I, p. 895.
(2) Sprengel. *Archiv f. klin. Chir.*, Berlin, t. XCII, fasc. 2, p. 526.

Cette incision transversale, combinée à l'hyperextension du tronc, est peut-être susceptible de donner un jour plus grand que les autres pour certaines opérations sur la partie supérieure de l'abdomen; c'est un point que nous chercherons à élucider. En tout cas, nous pensons qu'il y a lieu de discuter, sans la rejeter d'emblée, cette incision transversale de la paroi qui n'a guère été employée à Paris, croyons-nous.

Dès maintenant nous pouvons dire que, dans le cas de M. Lecène, une section, limitée aux deux tiers du muscle grand droit du côté droit, permit d'explorer facilement toute la zone gastrique duodénale, de voir, d'enfouir l'ulcère et de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure. L'état général du malade permettait ce complément opératoire, indiqué pour mettre au repos la région siège de l'ulcère et aussi pour assurer une évacuation régulière du contenu gastrique, le duodénum ayant été certainement rétréci par suite de l'enfouissement d'une large zone indurée.

Cette gastro-entérostomie complémentaire immédiate dans le traitement de l'ulcère perforé, tant du duodénum que de l'estomac, a déjà été exécutée un certain nombre de fois depuis que Braun, le premier, y a eu recours dans un cas d'ulcère difficilement accessible et obturé d'une manière insuffisante (1).

Dans un mémoire récent Kroiss, élève de Schloffer, en a réuni 65 cas (2), qui rapprochés du cas actuel de Lecène d'un autre pour ulcère de l'estomac opéré de même avec succès dans mon service par M. Lecène, enfin d'un de Paynter Noall (3) ayant échappé à Kroiss, porte à 68 le nombre des gastro-entérostomies pour ulcère perforé.

Körte, Paterson, A.-B. Mitchell, Moynihan, Mayo Robson, Mayo, etc., insistent sur l'utilité de cette gastro-entérostomie complémentaire, qu'il faut pratiquer immédiatement si le malade est opéré assez tôt et si l'état général est bon.

Pour Moynihan (4) qui a fait quatre fois la gastro-entérostomie sur 11 cas d'ulcères perforés du duodénum qu'il a eu l'occasion d'opérer, les avantages de cette pratique sont les suivants :

1° La gastro-entérostomie permet d'assurer une meilleure oblitération de l'ulcère perforé, car elle enlève au chirurgien toute

(1) Braun. *Centr. Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1893, p. 739.

(2) F. Kroiss. Zur Frage der Gastroenterostomie bei der Operation der perforierten Ulcus ventriculi und duodeni. *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingen, 1910, t. LXVII, p. 509.

(3) Painter Noall. Perforated duodeanal ulcer truted by suture and gastroenterostomy. *Brit. med. Journ.*, 29 mai 1909, p. 1287.

(4) Moynihan. *Duodenal ulcer.*, London, 1910, p. 186.

crainte de voir rétrécir le duodénum par ses sutures d'enfouissement.

2° Elle permet d'alimenter plus rapidement les malades.

3° Elle a l'avantage d'éviter la récidive de l'ulcère *in situ* ou le développement d'un second ulcère qui peut se perforer à son tour.

A propos de la première observation de M. Lecène, je vous signalerai encore un point particulier. M. Lecène a pratiqué l'examen du pus de la péritonite; il n'y a trouvé que du pneumocoque. Cette constatation peut surprendre au premier abord; elle a cependant été faite déjà un certain nombre de fois. Barbacci dans deux cas, Flexner dans un, Jensen (1) dans 3 ont de même trouvé le pneumocoque dans des péritonites liées à des perforations gastriques ou duodénales. Plusieurs de ces péritonites furent mortelles et il ne faudrait nullement conclure, de la présence du seul pneumocoque dans le pus, à la bénignité, même relative, de cette péritonite.

Il y a encore bien des inconnues dans le problème de la bactériologie des péritonites. Dans un travail très important sur cette question, Dudgeon et Stewart (2) racontent qu'ils ont examiné, dans 4 cas, le pus de péritonite par perforation d'ulcère du duodénum. Dans 3 cas, le pus resta *stérile*, aussi bien sur les milieux aérobies qu'en culture anaérobie; dans un seul cas, on trouva du coli-bacille; l'un des cas de péritonite à pus stérile et la péritonite à coli-bacille furent mortels; les deux autres cas, à pus stérile, guérirent.

Dans le cas particulier des perforations gastriques et duodénales, d'autres facteurs que les microbes interviennent très probablement; la gravité de ces péritonites contraste avec la très faible virulence du contenu gastrique et duodénal. De nouvelles recherches semblent nécessaires pour élucider la question encore obscure de ces péritonites par perforation.

Le malade de M. Lecène a guéri. Il avait été opéré vingt heures après la perforation, rapidement, par conséquent. L'observation vient donc s'ajouter à celles déjà nombreuses qui nous montrent la nécessité et les avantages d'une intervention rapide dans les cas de perforation du canal digestif.

Obs. II. — Le nommé Jules V..., âgé de trente-trois ans, facteur, entre le 27 décembre 1910, dans le service de chirurgie de Bichat, parce qu'il souffre depuis plusieurs mois de douleurs abdominales et parce qu'il a beaucoup maigri.

(1) Jensen. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1903, t. LXX, fasc. 1.

(2) Dudgeon et Stewart. *Lancet*, 1905, t. I, p. 476.

Lorsque l'on interroge ce malade, voici ce qu'il raconte :

Depuis le mois d'octobre 1910, il souffre de violentes douleurs qui *débutent brusquement dans la fosse iliaque droite*, et de là se diffusent dans tout le ventre. Ces douleurs ne sont pas constantes : elles se produisent par crises qui reviennent tous les huit ou dix jours environ et durent une heure ou deux. Après sa crise douloureuse, qui le force à interrompre son travail, le malade a des éructations qui le soulagent : ces éructations sont précédées d'une sensation de brûlure vive à l'épigastre, qui disparaît rapidement. Une seule fois, la douleur épigastrique s'est accompagnée d'un point dorsal très douloureux, entre les deux épaules. Les crises douloureuses n'avaient pas de rapport net avec les repas : elles se reproduisaient à des heures très variables du jour ou de la nuit.

Dans l'intervalle des crises, le malade éprouve souvent une sensation de pesanteur dans la partie droite du creux épigastrique : cette douleur est fréquemment *calmée par l'ingestion des aliments* pris à ce moment.

De plus, depuis le mois d'octobre 1910, le malade vomit tous les deux ou trois jours. Les vomissements sont liquides, aigres, abondants : plusieurs fois, ils ont été colorés en *brun noirâtre* : les vomissements sont précédés de douleurs vives, qui disparaissent après le vomissement. Enfin, ces vomissements n'ont pas de rapport net avec les crises douloureuses décrites précédemment.

Le malade, auparavant très bien réglé dans ses selles, est depuis plusieurs mois très constipé : il n'a jamais remarqué que ses matières fussent noires.

Il a conservé l'appétit, mais il est au lait, depuis un mois, par ordonnance médicale.

Le malade a beaucoup maigri (de 7 à 8 kilogs) depuis le mois d'octobre 1910 ; mais il n'est pas cachectique. Auparavant, il éprouvait parfois des douleurs sourdes dans la région du creux de l'estomac, mais jamais il ne vomissait, son appétit était très bon et il digérait bien. Le malade prétend avoir été toujours assez sobre et n'avoir pas fait d'excès de boisson. On ne trouve dans ses antécédents aucune maladie.

Actuellement, l'abdomen est excavé et ne présente aucune voussure appréciable : à la palpation, on ne sent nulle part de tumeur; mais *dans la fosse iliaque droite* on détermine par la pression un point douloureux qui siège à deux travers de doigt au-dessous du milieu de la ligne spino-ombilicale. C'est au niveau de ce point que débutent les crises douloureuses. Il n'y a pas de contracture des muscles de la paroi, au niveau du point douloureux.

La fosse iliaque gauche et le flanc gauche sont souples et indolents. En palpant la région épigastrique, on sent que le muscle grand droit, du côté droit, est contracturé, dans sa partie supérieure : après plusieurs minutes de palpation et d'examen, on voit brusquement apparaître *une ondulation péristaltique*, qui soulève le creux épigas-

trique, commençant à gauche, sous le rebord costal, et venant finir, à droite, sur le muscle droit contracturé.

A la percussion, la matité hépatique commence sur la *ligne mamillaire*, au bord supérieur de la 5e côte et vient finir au rebord costal. La sonorité de l'estomac insufflé descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remplit tout l'hypocondre gauche; à droite, la sonorité de l'estomac insufflé dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane.

Le malade, ayant absorbé une soupe contenant des carottes et étant laissé à jeun depuis quatorze heures, l'estomac est vidé : on retire 550 centimètres cubes de liquide noirâtre, sale, ne contenant pas de débris de carottes reconnaissables. La recherche de l'acide chlorhydrique dans ce liquide est nettement positive, ainsi que celle des acides acétique et lactique; par contre, l'acide butyrique est absent. On y trouve du sang, mais pas de pigments biliaires.

Un repas d'épreuve d'Ewald ayant été donné ensuite, voici les résultats chimiques obtenus :

HCl, libre	Présence.
Acide lactique	Id.
Acide acétique	Id.
Acide butyrique	Néant.
Hémoglobine	Présence.
Bile	Néant.
Amylodextrine	Présence.
Albumoses et peptones	Présence.

Recherches quantitatives.

		Suc gastrique normal	
Acidité totale, A	2,19	Suc gastrique normal	1,90
Chlore total, T	3,43	—	3,21
Chlore combiné, b	2,62	—	2,77
HCl libre, H	0,81	—	0,44
Chlore minéral, F	1,46	—	1,17
Chlore organique, C	1,16	—	1,70
Chlorhydrie, H + C	1,97	—	2,14
Rapport, $\frac{T}{F}$	2,4	—	3 »
Coefficient de peptonisation : $\alpha = \frac{A - H}{C}$	1,2	—	0,86

Les urines examinées ne contenaient ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, mais de l'indican et de l'urobiline.

En présence de cette histoire clinique et des signes physiques observés chez ce malade, je fis le diagnostic *d'ulcère du duodénum avec accidents de sténose*.

Opération. — Anesthésie générale au chloroforme, 31 décembre 1910 (M. Lecène). Incision médiane xipho-ombilicale; l'estomac est très dilaté, mais se contracte bien; le pylore, bien reconnaissable à son anneau sphinctérien et à la veine pylorique, est normal, à la palpation,

ainsi que le reste de l'estomac; en faisant écarter fortement le côté droit de l'incision abdominale, on voit et surtout l'on sent très bien, très loin, sous le foie, une masse calleuse, de couleur rosée, très vascularisée, qui englobe en une masse indistincte la première portion du duodénum, la vésicule biliaire et le pancréas : la face inférieure du foie est adhérente à ce magma inflammatoire qui se prolonge jusqu'à l'angle sous-hépatique du duodénum. L'existence de ces lésions bien constatée, je fais une gastro-entérostomie postérieure typique, transmésocolique, à anse courte, avec suspension verticale de l'anse; sutures en surjet à la soie. Fermeture de la paroi en un plan de fils de bronze.

Les suites furent des plus simples et le malade sortit guéri de l'hôpital le 18 janvier 1911.

Je l'ai revu le 2 février; il avait engraissé de 3 kilogrammes; il mangeait de tout, avec grand appétit; ses selles étaient redevenues régulières et les douleurs avaient complètement disparu.

Cette seconde observation nous arrêtera moins que la première; c'est un exemple typique d'ulcère calleux de la première portion du duodénum s'accompagnant d'accidents douloureux et de symptômes de sténose.

M. Lecène insiste sur ce que les crises douloureuses n'étaient pas en rapport avec l'évacuation gastrique, sur ce qu'elles débutaient par une douleur vive dans la fosse iliaque droite, sur ce qu'elles étaient calmées par l'ingestion d'aliments, enfin sur ce qu'elles n'irradiaient pas dans le dos. Il croit que ces signes suffisent pour faire le diagnostic du siège duodénal de l'ulcère. Ces symptômes sont, à mon avis, simplement l'indice d'un ulcère juxta-pylorique sus ou sous-pylorique. La question ayant déjà été abordée à notre tribune, il y a quelques mois, je n'y reviendrai pas.

En terminant, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Lecène et de faire figurer dans nos Bulletins ses deux observations que j'ai résumées dans ce rapport.

Discussion.

M. Mauclaire. — Je crois que les péritonites généralisées suppurées consécutives à une perforation de l'ulcère duodénal ne sont pas aussi rares que nous le croyons; j'ai fait récemment le relevé de 70 cas d'intervention personnelle pour péritonite généralisée (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1911). Or, dans 5 cas il s'agissait de péritonite par perforation d'un ulcère duodénal; deux fois j'ai fait le diagnostic au cours de l'opération, car le pus présentait une teinte très verte, bilieuse, teinte bilieuse qui ne se retrouve que dans les cas de péritonite par perforation des voies biliaires; mais

celle-ci est beaucoup plus rare. Dans les 3 autres cas le diagnostic étiologique n'a été fait qu'à l'autopsie. Mes cinq malades sont morts, ils avaient été opérés au moins vingt-quatre heures après le début de la perforation. Enfin je dois dire que sur ces 70 cas, tous les cas mortels n'ont pas été autopsiés. La perforation de l'ulcère duodénal avec péritonite généralisée est donc fréquente, à moins que je ne sois tombé sur une série.

M. Savariaud. — Je crois que la coloration bilieuse de l'épanchement relevé par M. Mauclaire doit avoir de l'importance. Je l'ai observée plusieurs fois; mais ayant opéré succinctement et n'ayant pas fait l'autopsie, je ne puis vous dire si elle est pathognomonique de la perforation du duodénum.

Au point de vue du pronostic, le fait pour le sujet d'être à jeun au moment de la perforation doit avoir de l'importance.

M. Quénu. — Dans la discussion de novembre, j'ai présenté une observation d'ulcère perforé du duodénum qui fut pris pour une appendicite.

— Les conclusions du rapport de M. Hartmann, mises aux voix, sont adoptées.

Le secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 MARS 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une observation de M. VIANNAY (de Saint-Etienne), intitulée : *Résection diaphysaire du cubitus pour tumeur parostale ; greffe osseuse immédiate empruntée au péroné du même malade.*

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. ROUTIER. — J'ai reçu, en ma qualité d'ancien président, la lettre suivante du professeur Em. de Herczel (de Budapest), que je dépose sur le bureau :

Budapest le 25 février 1911.

Monsieur et honoré Président,

Très touché par la nouvelle de ma nomination si honorable comme membre correspondant étranger de votre excellente Société, je vous prie de recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mes remerciements bien empressés.

Je serai très heureux si j'ai un jour l'occasion de participer à vos travaux si considérables.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Président, l'expression des sentiments bien distingués de votre dévoué

EM. DE HERCZEL,
Professeur à l'Université, conseiller aulique.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la présentation d'un calcul urétéral.

M. G. Marion. — Dans l'avant-dernière séance, en présentant un calcul urétéral coïncidant avec deux calculs rénaux, ces deux derniers seuls ayant été vus parce que la radiographie avait été limitée au rein, je signalais la nécessité de faire l'exploration radiographique complète des voies urinaires lorsqu'il s'agit de lithiase. M. Belot, qui avait fait la radiographie en question, m'a écrit que s'il avait borné son exploration à la région rénale, c'était sur les indications du médecin qui lui avait adressé la malade, sans le prévenir qu'il s'agissait de lithiase et que, sauf indication spéciale, il suivait toujours la règle admise aujourd hui. J'enregistre d'autant plus volontiers l'explication de M. Belot que sa compétence et son habileté sont bien connues que, le premier, il a montré avec le Dr Pasteau les services que pouvait rendre la radiographie pour déterminer le volume et la position du rein, et qu'elle appuie de son autorité la règle que je rappelais plus haut.

Sur la syndactylie.

M. Savariaud. — Dans l'avant-dernière séance, notre collègue Mauclaire, en vous présentant la radiographie d'une syndactylie membraneuse, a prononcé quelques phrases qui pourraient faire croire à nos lecteurs que son cas était cliniquement comparable au mien, et qu'on pouvait en employant un procédé quelconque arriver au beau résultat que j'avais obtenu.

Je laisserai ce dernier point de vue de côté, mais ce que je veux bien établir, c'est que nos cas ne sont nullement comparables. Si je m'en tiens aux termes de son observation, où il est parlé de membrane unissante, je suis porté à croire qu'il s'agissait de doigts palmés. Dans ces conditions tous les procédés, en effet, sont bons, car le cas est simple et favorable.

Sur mon malade les choses étaient bien différentes. Dans mon observation, j'ai eu soin de dire qu'il y avait accolement large, c'est-à-dire fusion, la peau se déprimant à peine dans l'espace interdigital, et les deux ongles étant confondus à l'une des mains. Dans ces conditions le procédé de Didot employé seul eût été inapplicable, on n'aurait pu habiller un des doigts qu'à la condi-

tion de déshabiller l'autre, ce qui eût créé soit à la face dorsale, soit à la face palmaire, une zone cicatricielle exposée à la vue et aux frottements et qu'il aurait fallu recouvrir de greffes de Thiersch.

L'application de greffes de Thiersch n'est pas nouvelle, elle a été employée depuis longtemps. Elle a le mérite d'être infiniment plus simple que les autoplasties par la méthode indienne ou la méthode italienne et, en montrant mon opéré, j'ai voulu simplement établir que, combinée à la suture, elle suffisait à assurer un bon résultat.

Je terminerai en ajoutant que mon opéré avait six ans, et que je considère qu'opérer à un an sans nécessité, ainsi que l'a fait mon ami Mauclaire, c'est aller au-devant de la difficulté et d'un résultat moins satisfaisant que si on opère plus tard.

M. Mauclaire. — A propos de l'observation de notre collègue Savariaud, j'ai voulu montrer un cas de syndactylie *membraneuse lâche*, dans lequel j'ai combiné le procédé de Didot avec celui de Morel-Lavallée, celui-ci ayant pour but d'avoir une bonne commissure. Mais je suis de l'avis de notre collègue; dans la syndactylie *membraneuse très serrée*, la méthode de Didot ne donne plus alors d'aussi bons résultats si j'en juge d'après les quelques cas que j'ai opérés.

A propos de la pharyngotomie.

M. J.-L. Faure. — L'intéressante communication de mon ami Sebileau et celle de notre collègue Rouvillois m'engagent à vous présenter brièvement quelques observations sur le même sujet.

J'ai opéré trois malades qui présentaient des corps étrangers de l'œsophage. Dans le premier cas, que j'opérai en ville il y a quelques années, il s'agissait d'une femme d'environ vingt-cinq ans, qui avait avalé dans un accès de délire une broche en nacre, en forme de feuille de vigne et dont le diamètre était d'environ 5 centimètres. Ce corps étranger était enclavé dans l'œsophage, un peu au-dessus de la fourchette sternale. Je l'enlevai sans difficulté par œsophagotomie externe et la malade guérit sans incident.

Un peu plus tard, à l'hôpital Trousseau, j'enlevai également par œsophagotomie sur un enfant de trois ans, une de ces petites clefs en fer-blanc qui servent à dérouler les lames de métal soudées sur les boîtes de conserves. Il y avait comme dans le cas précédent enclavement de corps étranger à la partie inférieure du cou. L'œso-

phagotomie externe me permit de l'enlever très simplement et la guérison fut complète au bout de quelques jours.

Dans le dernier cas enfin, il s'agissait d'un enfant de onze mois qui avait avalé une broche métallique trois mois auparavant. L'accident était passé inaperçu et le corps étranger avait été pendant longtemps assez bien toléré. Mais au bout de deux mois environ, des troubles respiratoires avaient fait leur apparition. On ne sut pendant longtemps à quoi les attribuer. Ce n'est que devant leur persistance et leur aggravation qu'on songea à la possibilité d'un corps étranger. Une radiographie permit de le reconnaître. L'enfant fut conduit à Paris, où M. Guisez essaya d'enlever directement le corps étranger. Malgré sa grande expérience, il ne put y parvenir, et c'est dans ces conditions que je fus appelé. L'enfant avait alors 39°5 et était en pleine broncho-pneumonie. L'opération fut extrêmement simple, et je pus en quelques minutes enlever le corps étranger, qui était situé derrière le sternum. Le corps de la broche et l'aiguille étaient séparés l'un de l'autre, mais encore accolés, et furent enlevés en même temps.

L'enfant, qui, je le répète, était en pleine broncho-pneumonie au moment de l'opération, mourut dans la nuit. Mais l'opération n'avait en elle-même présenté aucune particularité ni provoqué aucun accident.

J'ai donc une certaine expérience de l'œsophagotomie puisque j'en ai fait trois. Je n'ai jamais fait, en revanche, la pharyngotomie rétro-thyroïdienne telle que nous l'a décrite Sebileau, je n'en ai jamais eu l'occasion et je l'emploierais très volontiers, le cas échéant.

Mais je crois qu'elle ne présente pas sur l'œsophagotomie proprement dite de bien grands avantages. Sans doute elle est un peu plus facile. Mais l'œsophagotomie est vraiment, pour peu qu'on ait quelque habitude de la chirurgie du cou et qu'on ait présentes à l'esprit les notions anatomiques que l'on doit toujours posséder, une opération aussi bien réglée que possible et qui, je le répète, même chez un enfant de onze mois, n'a présenté aucune difficulté véritable.

Je ne crois donc pas que sa difficulté relative par rapport à la pharyngotomie suffise à la faire exclure.

D'autre part, elle me paraît avoir, pour les corps étrangers enclavés au niveau de la fourchette sternale, ou même au-dessous, une qualité que ne possède pas la pharyngotomie qui se fait beaucoup plus haut. Elle permet, en effet, d'inciser l'œsophage directement sur le corps étranger et de le désenclaver avec la plus grande facilité. C'est ce qui m'est arrivé en particulier dans mon premier cas, où les pointes de la feuille de vigne en nacre avalée par la malade étaient fichées dans les parois de l'œsophage.

J'ai la conviction qu'une traction aveugle faite sur la broche par une incision pratiquée plus haut ne m'aurait pas permis d'enlever le corps étranger sans lésions sérieuses de l'œsophage, même après dilatation de la partie supérieure de ce conduit avec un spéculum ou des valves appropriées.

Je crois, en un mot, qu'en règle générale, un corps étranger irrégulier et solidement enclavé dans l'œsophage sera plus facile à extraire par une incision faite directement sur lui, par œsophagotomie externe, que par une incision faite plus haut, sur le pharynx, en arrière du cartilage thyroïde.

Mais si le corps étranger est peu irrégulier et s'il y a lieu de supposer qu'il n'est pas très solidement fixé, j'aurais très volontiers recours à la pharyngotomie, toutes réserves faites, bien entendu, sur l'emploi de l'œsophagoscopie dont je n'ai pas l'expérience personnelle et sur laquelle je ne saurais me prononcer en connaissance de cause.

De même, je crois qu'il serait indiqué de tenter par cette voie l'extirpation des corps étrangers arrêtés vers le tiers inférieur de l'œsophage, en plein médiastin, et que les manœuvres d'œsophagoscopie directe n'aurait pas permis d'enlever.

Ce n'est qu'en désespoir de cause et lorsque tout aurait échoué qu'on devrait se résoudre à suivre la voie que j'ai indiquée en 1902 et à ouvrir largement le médiastin postérieur, en sectionnant au ras des apophyses transverses les six premières côtes droites et en décollant la plèvre.

M. Picqué. — J'ai présenté il y a quelques années à notre Société un dentier enclavé dans la paroi de l'œsophage et que j'ai enlevé très facilement par incision directe.

Il me semble qu'aucune autre opération ne m'aurait donné semblable facilité, et c'est pourquoi je me rallie aux conclusions de notre collègue Faure.

M. Savariaud. — Je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire mon maître et ami M. Faure.

Il y a quelques années, dans le service de mon maître M. Reynier, j'ai eu l'occasion d'enlever une petite roue de chemin de fer d'enfant de la partie cervicale inférieure de l'œsophage. L'opération fut facile et bénigne. L'œsophage ayant des tuniques déjà gangrenées, la suture ne put être faite et l'enfant conserva pendant quelques semaines une petite fistule, mais finalement le résultat fut excellent. Dans ce cas, il eût été illogique de faire une pharyngotomie et c'eût été combiner les inconvénients de la voie naturelle et de la voie artificielle.

Sur la péricardotomie.

M. Souligoux. — M. Delorme a insisté avec juste raison pour que le traitement des maladies du péricarde fût étudié à la Société de Chirurgie. En effet, en dehors de la ponction, ce n'est que dans des circonstances bien rares que l'on est intervenu en France; il semble que pour la plupart des médecins le traitement chirurgical des maladies inflammatoires du péricarde n'existe pas. J'ai lu, il y a peu de temps, une clinique sur la péricardite suppurée dans laquelle l'auteur, après avoir insisté sur les difficultés du diagnostic, terminait en disant que cela d'ailleurs importait peu, puisque l'on était impuissant à guérir le malade.

Or, à mon sens, il n'y a pas de maladie inflammatoire du péricarde qui ne soit du domaine de la chirurgie. Oui, la médecine est impuissante, mais si la chirurgie ne peut pas tout, elle peut cependant guérir beaucoup de malades. C'est donc à elle, et à elle seule, qu'il faut s'adresser sans attendre, pour intervenir, que le malade soit épuisé et mourant. Il faut le faire dès que le diagnostic est posé ou même dès qu'il *est présumé* qu'il s'agit bien d'une péricardite. La péricardotomie est en effet par elle-même une opération d'une bénignité absolue, et mieux vaut ouvrir inutilement le péricarde que d'y laisser un litre de pus ou de sérosité par insuffisance de diagnostic.

Doit-on, auparavant, s'aider de la ponction pour affirmer le diagnostic? Je ne le crois pas — car elle peut être dangereuse, Ainsi dans un cas rapporté par Paget, le malade mourut d'hémopéricarde, en une demi-heure, l'aiguille ayant blessé le ventricule droit ; elle est souvent insuffisante, soit que l'aiguille se soit trouvée oblitérée en traversant les tissus, soit que le cœur fût en contact avec la paroi retenue par des adhérences, comme dans le cas de M. Jacob. D'ailleurs les expériences de Schaposchnikopf et Napulkopf ont montré que dans l'hémopéricarde le sang tend à se collecter autour des gros vaisseaux derrière le cœur, entre lui et le diaphragme.

Il serait même nuisible, la ponction ayant amené une grande quantité de liquide, de s'en tenir là, et de compter sur la guérison. L'observation de Villy-Meyer montre bien la supériorité de la péricardotomie sur la ponction : le diagnostic de péricardite avec épanchement ayant été établi, une ponction pratiquée dans le 6e espace intercostal, au ras du sternum, donna issue à 1.250 centimètres cubes d'un liquide noirâtre ; l'épanchement s'étant reproduit, on fit une nouvelle ponction huit jours après, qui n'amena qu'une amélioration passagère, le liquide s'étant reformé rapide-

ment. On fit alors une péricardotomie, qui permit non seulement l'évacuation du liquide, mais aussi l'extirpation d'une large plaque de fibrine coagulée placée devant le cœur. Le péricarde fut drainé et la guérison se fit lente, mais parfaite.

M. Jacob a étudié la question au point de vue spécial de la péricardite tuberculeuse avec épanchement. Je partage tout à fait son avis, et je crois que la péricardotomie doit être faite et qu'elle est le seul traitement à employer, de même que la laparotomie est le traitement de la péritonite tuberculeuse avec épanchement. M. Jacob conclut aussi par analogie avec cette dernière qu'il ne faut pas drainer, s'appuyant sur son cas et celui de M. Faure. Cependant, Gibson (de New-York) a guéri un malade en drainant le péricarde. M. Jacob s'est bien rendu compte que l'absence de drainage peut, si le liquide se reproduit, entraîner à nouveau la compression du cœur, aussi n'a-t-il pas fermé la plaie péricardique, laissant filtrer le liquide dans les espaces celluleux prépéricardiques, faisant ainsi une véritable autosérothérapie, comme cela a été fait, dit-il, sans inconvénients.

Je ne partage pas l'avis de M. Jacob sur ce dernier point et voici pourquoi. J'ai vu un abcès froid du thorax se produire au niveau du point où une pleurésie tuberculeuse avait été ponctionnée, et j'ai lu, il n'y a pas longtemps, que des abcès tuberculeux s'étaient développés dans les tissus où on avait injecté du liquide provenant de pleurésies tuberculeuses. Il y aurait lieu de craindre un ensemencement tuberculeux dans les espaces celluleux prépéricardiques.

Je crois qu'il vaut mieux placer dans le péricarde un drain que l'on fermera momentanément pour empêcher la pénétration de l'air et que l'on rouvrira si le liquide se reproduit.

Quant à la technique à employer, je crois qu'elle doit se baser sur ce principe que pour faire bien il faut y voir clair. J'ai expérimenté les différents procédés, et j'ai conclu de ces expériences que le meilleur était celui de Delorme et Mignon, qui, tout en donnant un très grand jour, ménage la plèvre, ce qui est très important à tous les points de vue.

La ponction doit être réservée à l'hydropéricarde d'origine dyscrasique ou mécanique. Mais encore là elle n'est qu'un piètre moyen de soulagement, car il faut la répéter dès que l'épanchement se reproduit et augmente d'abondance. On attend qu'il soit assez important, et pendant ce temps le cœur lutte, se fatigue et s'épuise. Il serait simple d'y remédier par l'intervention suivante que j'ai expérimentée sur le cadavre. Une incision pratiquée à la cocaïne court le long du bord gauche de l'appendice xyphoïde et ouvre la cavité abdominale; on fait ensuite sur la folliole anté-

rieure du diaphragme une petite incision qui ouvre en même temps le péricarde, créant ainsi une fistule périto-néopéricardique par laquelle le liquide de l'hydropéricarde coulera d'une façon continue dans la cavité péritonéale où il serait résorbé. Évidemment, s'il existait une ascite abondante, ce procédé serait inapplicable, le liquide de l'ascite pouvant être aspiré dans le péricarde. Toutefois, même dans ce cas, une ponction abdominale que l'on pourrait pratiquer lorsque cela serait nécessaire, rendrait l'opération possible.

Ainsi serait réalisée par un moyen très simple et d'une façon absolue la décompression du cœur. La petitesse de l'orifice rendrait improbable une hernie des organes abdominaux dans la cavité péricardique.

Sur la trépanation décompressive.

M. Tuffier. — L'observation très intéressante de M. Robineau et le rapport très documenté et remarquablement étudié de M. Auvray me font vous apporter la contribution de mon expérience personnelle dans la décompression palliative. Ponction ou craniectomie : la ponction lombaire ne m'a donné que des résultats éphémères et je n'ai pas lieu de m'en étonner. Tout d'abord, le sac arachnoïdien n'est pas *inerte* et le liquide soustrait se reproduit très rapidement quand la cause d'irritation persiste, et, de plus, nous ne sommes pas toujours certains que la pression intracranienne correspond à l'intensité du jet de liquide lors de la ponction. J'ai vu des hypertensions craniennes sans tension apparemment exagérée au niveau de la ponction lombaire; je crois que, dans certains cas, une franche graisseuse ou autre peut gêner l'évacuation et le liquide coule en bavant, bien qu'il y ait une hypertension. D'autre part, l'hypertension peut être *localisée* au crâne sans participation des espaces intrarachidiens. J'ai même vu des cas d'infection cérébrale sans participation de liquide intrarachidien. Ces faits sont rares et n'empêchent pas les lois générales de participation des deux régions aux processus infectieux ou hypertensifs, mais il faut en tenir compte.

La craniectomie décompressive est également un moyen dont les suites thérapeutiques sont peut-être moins longuement efficaces qu'on ne le dit. Pour ma part, mes malades, dont je n'ai pu extirper la tumeur cérébrale, sont morts dans le courant de l'année qui a suivi. L'amélioration fonctionnelle a été indiscutable au début, mais elle n'a pas persisté. Je crois donc que c'est là une méthode

à laquelle on se résout, mais qu'on ne choisit pas; elle n'est pas exempte de dangers immédiats et Auvray a insisté sur ce point avec juste raison. En voici un exemple: j'ai opéré, il y a quinze jours, un homme jeune, présentant un sarcome du crâne peu proéminent, mais comprenant le cerveau et amenant une hémiplégie droite. Le diagnostic de compression avait été porté par Pierre Marie, Dejerine, Raymond et De Lapersonne. Je fis l'isolement du volet cranien suivant la technique et avec l'instrumentation moderne classique, mais dès que je soulevai le volet et la tumeur, la malade succomba brusquement sur la table d'opération. La tumeur faisait dans le crâne la saillie d'une demi-orange. La technique opératoire à laquelle je me suis arrêté dans ces cas est celle que je vous ai décrite ici en 1899, 12 avril, page 428, c'est-à-dire, résection de la dure-mère, bordage de la perte de substance osseuse et mise au contact du liquide céphalo-rachidien avec la face profonde des lambeaux des parties molles cruentée. — La théorie que voulait voir là Berezowski, une fistule permanente, une surface capable d'absorber le liquide céphalo-rachidien et de régulariser la pression me paraît en défaut. Chez mes malades le tissu cruenté se recouvre d'une cicatrice qui me paraît bien imperméable au liquide, ou, en tous cas, incapable de régulariser la pression par absorption. Il faut donc simplement compter sur sa dépressibilité.

M. SAVARIAUD. — Je crois qu'il n'est pas indifférent en cas d'hypertension due à une tumeur ou à une autre cause, de faire le désossement du crâne en un point quelconque de la voûte ou de la base. C'est ainsi que dans un cas d'abcès cérébelleux que j'ai opéré ces jours derniers, non seulement la ponction lombaire n'avait pas accusé d'hypertension, mais encore l'ouverture de la dure-mère au niveau de la fosse temporale montra que l'hypertension était des plus modérées. En revanche, dès que la fosse cérébelleuse fut ouverte, le cervelet fit protrusion à travers l'incision dure-mérienne. Dans le cas de tumeur, on n'aurait obtenu une décompression qu'à condition d'avoir trépané la fosse cérébelleuse.

M. BROCA. — Je crois, malgré quelques mots prononcés par Tuffier et Savariaud, devoir mettre en dehors du débat tous les cas de méningite et d'abcès, pour en rester aux tumeurs proprement dites. Malgré l'opinion que Tuffier semble avoir émise, je ne crois pas que les cas où l'on doive en rester à la trépanation décompressive simple soient si rares que cela. Car, sont-ils rares, les cas où le médecin ne peut nous donner aucun soupçon de localisation?

Je ne le pense pas. Pour les cas douteux, Tuffier semble pencher vers la recherche de parti pris, parce que, dit-il, tous les malades chez lesquels il s'en est tenu à l'opération décompressive sont morts dans l'année. Et ceux auxquels il a enlevé une *tumeur* proprement dite, que sont-ils devenus dans l'année ? Les miens sont tous, sauf un (que j'ai présenté ici en 1896), morts dans l'année, morts par récidive de leur gliome ou sarcome, ou gliosarcome, que ce gliome ait ou non été kystique. Or, quand on n'a pas un diagnostic de localisation précis, quand la tumeur est profonde, vers la base, la recherche du néoplasme aggrave *considérablement* le pronostic opératoire immédiat. Aussi, je pose la question de manière très différente : moi aussi, je vais volontiers de parti pris dans la profondeur, mais parce que, sauf exception, je me déclare incapable de diagnostiquer la nature de ce qui, dans la cavité cranienne, tient de la place et cause des accidents. Je sais que j'expose à une mort plus rapide certains malades atteint de gliosarcome : mais ma conscience me permet de leur supprimer quelques mois de vie, qui seraient quelques mois de souffrance, si je leur offre ainsi la chance, au cas où ils porteraient une tumeur bénigne, d'une guérison définitive.

Je vois de temps en temps, en santé parfaite, un malade à qui, il y a quatorze ans, j'ai drainé avec succès un kyste du lobe droit du cervelet. J'espère que le résultat sera le même chez un enfant auquel, il y a quatre mois, j'en ai fait autant; en tout cas, la santé actuelle est parfaite.

J'avais, chez ces malades, une chance réelle de diagnostic précis pour le siège : j'ai poussé à bout l'intervention, au risque d'une mort opératoire, — éventualité que nous savons tous fréquente par les ablations de tumeur du cervelet, — et j'estime que c'est la seule conduite chirurgicale convenable en pareille occurrence. Ainsi, en pratique, je suis à peu près de l'avis de Tuffier, mais pour des motifs différents : parce que, quel que soit le procédé, radical ou palliatif, auquel on se rallie en principe, j'estime qu'un gliosarcome du cerveau correspond à peu près à une condamnation à mort.

J'ajouterai qu'il ne faut pas exagérer la bénignité de l'opération décompressive ou plutôt de la craniectomie qui, en tout état de cause, doit être le premier — ou le seul — temps opératoire. Lorsque les signes d'hydrocéphalie ventriculaire ont débuté, la craniectomie simple, quelle que soit la technique employée, est souvent suivie de mort en vingt-quatre à trente-six heures, avec une hyperthermie considérable.

M. Potherat. — Je rappelle, à propos de la trépanation décompressive, un fait dont j'ai déjà parlé ici, je crois, et qui remonte à

une époque où j'étais chargé du service de chirurgie à la Salpêtrière, il y a une douzaine d'années.

Il y avait dans le service du professeur Raymond un jeune homme chez lequel M. Raymond avait porté le diagnostic d'hydropisie ventriculaire due à une tumeur cérébelleuse.

A ce moment on préconisait la ponction ventriculaire, et M. Raymond me demanda d'opérer le malade. Je me documentai sur la question auprès de notre collègue Broca, puis j'intervins. J'appliquai au bon endroit une couronne de trépan, au centre de laquelle je pus faire une ponction grâce à laquelle j'enlevai 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Cette intervention très simple fut suivie d'une tachychardie intense, d'une élévation considérable de la température, et la mort survint au bout de vingt-quatre heures.

L'autopsie ne révéla aucune inflammation locale; d'ailleurs nous avions pris toutes les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse, et la trépanation avait porté au bon endroit. Il existait une tumeur appendue au plafond du quatrième ventricule; cette tumeur s'appuyait sur le plancher de ce ventricule.

M. Raymond expliqua les accidents de la manière suivante : avant la ponction et l'évacuation de liquide céphalo-rachidien, le quatrième ventricule était distendu, la tumeur se tenait à distance du plancher. La distension ventriculaire cessant avec la soustraction du liquide céphalo-rachidien, eut pour conséquence d'amener la tumeur du plafond au contact du plancher du quatrième ventricule, d'où pression sur le noyau du pneumogastrique, l'action thermogène, la mort enfin.

Ce fait ne prouve peut-être pas autant qu'on le croirait au premier examen contre la ponction; il n'en est pas moins curieux en raison des conséquences immédiatement fâcheuses qui succédèrent à l'intervention chirurgicale.

M. Tuffier. — Pour répondre à mon ami Broca, je suis obligé de développer ce que je vous ai esquissé. Nous devons faire un certain nombre de distinctions :

1° Le malade nous est présenté sans aucune localisation, sans aucun signe permettant de savoir même de quel côté siège la tumeur : la décompression palliative ou la ponction est alors la seule méthode de traitement. — 2° Nous savons de quel côté doit siéger la lésion : la craniectomie de ce côté s'impose, large, exploratrice, puis palliative, si on ne trouve rien. — 3° La localisation indique une tumeur abordable : je crois que son extirpation s'impose. — 4° Enfin la localisation indique un néoplasme très difficilement abordable (ces tumeurs situées à la base du crâne),

alors vous pourrez hésiter entre une opération palliative et une intervention radicale.

Je ne base tout ceci que sur ce que j'ai vu. J'ai opéré à la Pitié, en 1897, un malade atteint d'un néoplasme cranien; j'ai fait l'opération de décompression palliative. Quelques mois après, le malade est mort. Il avait un kyste du cervelet.

Je vous ai présenté ici deux malades atteints d'angiome du cerveau que j'ai extirpés aussi complètement que possible. Je sais que l'un d'eux est encore vivant.

Je vous ai montré de même un homme auquel j'avais enlevé un tubercule intracérébral; il vivait encore plus d'une année après.

Je crois donc que l'extirpation de la tumeur est préférable à la décompression, toutes les fois qu'elle est possible; et ne pas enlever la tumeur, même si son exérèse est difficile, m'a donné une déconvenue lamentable. L'an dernier, MM. Gaillard, Lacombe et son interne M. Bauffle amènent dans mon service une malade encore résistante et chez laquelle on avait localisé d'une façon précise une tumeur de la base du cerveau, en arrière du chiasma des nerfs optiques. Je fis une craniectomie, j'allai au point précis de localisation, et l'exploration digitale et en partie visuelle ne me fit trouver aucune altération. J'admis une erreur de diagnostic. La malade, améliorée par la décompression palliative, meurt quelques mois après. A l'autopsie, nos collègues qui avaient fait la localisation cherchent la tumeur sur le cerveau en place, et ne trouvent rien. Ce n'est qu'après l'ablation du cerveau de la boîte cranienne et quand il fut couché sur sa face convexe que nous vîmes, au point précis de localisation, une tumeur du volume d'une noisette, pédiculée, parfaitement localisée et dont la couleur et la consistance étaient telles qu'elle avait passé inaperçue même à l'exploration pendant l'autopsie. Je crois que si j'avais pu enlever la tumeur, j'aurais rendu un autre service à cette femme que par ma décompression.

Je ne fais pas le procès de cette méthode, mais je crois que c'est là un pis-aller. Nous faisons, en face des tumeurs cérébrales comme ailleurs, tout ce que nous pouvons pour en pratiquer l'excision; du moins, c'est là et ce sera ma façon d'agir, et si je ne puis faire une opération radicale, j'accepte l'opération palliative qui est effectuée d'avance par la craniectomie exploratrice.

M. Broca. — Je crois, comme Tuffier, que la ponction lombaire est à rejeter. Quant à la trépanoponction du ventricule distendu par l'hydrocéphalie, je rappellerai que j'ai publié dès 1895, dans mon *Traité de chirurgie cérébrale*, une observation identique à

celle de Potherat. Nous sommes aujourd'hui tous d'accord que la méthode est mauvaise.

M. Auvray. — Je voudrais répondre à trois points actuellement en discussion :

Tout d'abord, il ne me paraît pas douteux que toutes les fois que la chose est possible, il faut pratiquer l'ablation de la tumeur; malheureusement les erreurs de diagnostic sont fréquentes en chirurgie nerveuse, le siège occupé par la tumeur dans bien des cas ne peut pas être précisé ou bien la tumeur occupe une situation où il est impossible d'aller la chercher; dans ces cas-là il me semble qu'on ne peut pas refuser le bénéfice de la décompression aux malheureux atteints de tumeurs, qui sont fatalement condamnés à mourir au milieu des souffrances les plus atroces. Je l'ai dit à la fin de mon rapport, je considère que l'intervention palliative se présente alors avec le même caractère d'urgence que la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage ou l'anus contre nature dans l'occlusion intestinale aiguë, qu'elle n'est guère plus grave que ces opérations, avec les moyens dont nous disposons actuellement, et qu'on n'a pas le droit de refuser aux malades le bénéfice de cette intervention palliative.

En ce qui concerne le siège de la trépanation, je suis tout à fait d'accord avec mon ami Savariaud. Il est évident qu'il est important de savoir s'il faut trépaner dans la région cérébrale ou dans la région cérébelleuse, et il importe de demander à ce point de vue le plus de précision possible au diagnostic avant l'intervention. Je me rappelle l'histoire d'un malade atteint de tumeur du cervelet que mon maître le professeur Terrier opéra, il y a quelques années, à la Maison de santé de la rue Bizet, en présence de M. Lucas-Championnière; M. Terrier fit à la partie postérieure de la région temporale une large brèche décompressive; la trépanation avait été faite sur la paroi cranienne au-dessus de la tente du cervelet; l'opération fut purement palliative, mais elle resta tout à fait inefficace; aucune amélioration ne fut observée dans le symptôme d'hypertension intra-cranienne; le malade ayant succombé peu de temps après, l'autopsie permit de constater qu'il existait une tumeur du cervelet. Ainsi s'expliquait selon moi l'absence d'amélioration constatée à la suite de la trépanation. Celle-ci avait été faite au-dessus de la tente du cervelet, qui, formant une cloison transversale épaisse et résistante, n'avait pas permis l'expansion du cervelet nécessaire pour assurer sa décompression; celle-ci

ne peut être obtenue que par l'ablation des parois osseuses de la fosse cérébelleuse.

Le troisième point sur lequel je voudrais m'expliquer est relatif à la ponction ventriculaire. Ce mode de ponction est aujourd'hui rejeté par la plupart des chirurgiens. Deux méthodes palliatives restent en présence : la ponction lombaire et la trépanation décompressive.

J'ai dit dans mon rapport dans quelles conditions la ponction était indiquée, je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Je répète seulement que la ponction ventriculaire est indiquée, lorsque, chez un sujet qui a subi antérieurement une trépanation palliative, on voit réapparaître au bout d'un temps plus ou moins long les accidents de compression intracranienne. Il reste au chirurgien la possibilité de recourir à une seconde trépanation palliative ou aux ponctions ventriculaires, comme l'ont fait un certain nombre de chirurgiens dont je vous ai donné les noms dans mon rapport, et parmi lesquels je citerai Terrier. Les ponctions ventriculaires sont susceptibles en pareil cas de rendre des services.

M. Broca. — Auvray vient de nous dire que la trépanation décompressive est aussi urgente et pas plus grave qu'une gastro-entérostomie ou qu'un anus contre nature. Je désire marquer sur ce point un désaccord formel avec lui : quand commencent la somnolence, l'œdème papillaire, la céphalalgie diffuse et surtout l'hémiplégie incomplète, c'est-à-dire les premiers signes d'hypertension ventriculaire, il faut savoir que la mort avec hyperthermie — signalée par Horsley dès 1890 — est fréquente, quoi que nous fassions. Ce n'est pas un motif pour proscrire l'opération, car les opérés qui meurent n'y perdent rien, mais on doit être averti qu'on risque une opération grave.

M. Auvray. — je ne veux rien exagérer. Je ne nie pas la gravité de la trépanation palliative et j'ai donné, dans mon rapport, des chiffres édifiants à ce sujet ; mais l'idée que je m'attache à défendre, c'est que nous n'avons pas plus le droit de refuser le bénéfice de l'intervention palliative aux malades atteints de tumeurs cérébrales que celui de la gastrostomie aux cancers de l'œsophage ou celui de l'anus contre nature aux obstructions aiguës de l'intestin.

Rapport.

Plusieurs cas de plaies pénétrantes de poitrine traitées par la thoracotomie immédiate, par M. RAOUL BAUDET, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Depuis l'importante discussion de 1907 soulevée par le rapport de M. Delorme sur le traitement chirurgical des plaies du poumon, M. Raoul Baudet, chirurgien des hôpitaux, et Tanton, du Val-de-Grâce, nous ont fait une série de présentations relatives à des malades chez lesquels ils ont pratiqué avec succès la thoracotomie immédiate et l'hémostase directe.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur l'ensemble de ces cas, mais je ne vous entretiendrai que de ceux publiés par M. Baudet, car M. Tanton est devenu notre collègue et j'ai dû lui rendre ses observations.

Avant de lire devant vous la relation des six faits présentés par M. Baudet, dont quatre appartiennent à mon service, et d'en dégager l'enseignement qu'ils comportent, il me paraît intéressant, et pour le moins nécessaire, de rappeler brièvement dans quelles conditions se trouvait la chirurgie d'urgence du thorax au moment de notre discussion de 1907.

Pendant longtemps, les indications opératoires étaient restées incertaines, une technique insuffisante permettait difficilement d'atteindre une plaie vasculaire au travers de lambeaux trop étroits.

Les résultats des interventions étaient médiocres, et comme la guérison spontanée de ces plaies n'était pas rare, les chirurgiens inclinaient vers l'abstention.

Déjà, cependant, des faits remarquables d'hémostase directe avaient été publiés par d'habiles chirurgiens.

Dès 1895, Quénu déclarait qu'il ne fallait pas rester impassible devant les plaies du thorax et qu'on pouvait intervenir efficacement. Il publiait un cas fort intéressant. La même année, Michaux publiait de son côté sa belle observation.

Mais c'est à M. Delorme que revient l'incontestable mérite d'avoir, non seulement pratiqué un des premiers cette chirurgie d'urgence, mais d'avoir, à propos des cas de MM. Pierre Duval et Ombrédanne, combattu à cette tribune la doctrine de l'expectation systématique et plaidé dans les plaies graves du poumon

en faveur de la thoracotomie immédiate dont il traça et mit en pratique un manuel opératoire aujourd'hui classique.

Depuis cette époque, plusieurs jeunes chirurgiens vous ont apporté des cas de thoracotomie d'urgence suivis de succès.

C'est dans cette période que mon élève et ami Baudet, opérant d'après mes indications, soit dans mon service de Lariboisière, soit dans son service de garde, vous apporta six observations nouvelles de guérison.

Tous ces faits, joints à ceux que nos collègues nous ont également apportés au cours de la discussion, démontrent que la technique est aujourd'hui précise et que les résultats sont désormais certains.

Je reviendrai sur ce point de la question à la fin de mon rapport.

Mais je veux d'abord vous montrer à quelles indications a obéi M. Baudet, et discuter leur légitimité.

Mais pour juger ce côté capital de sa communication, il convient de replacer les observations qu'il vous a présentées dans le cadre de la discussion de 1907. Aussi me permettrez-vous de revenir rapidement sur celle-ci.

Les accidents insignifiants qui ne peuvent relever que du traitement médical, les hémorragies foudroyantes que tous opèrent quand il en est temps encore, en ont été naturellement écartés, et la discussion a spécialement porté sur les cas graves qui ne mettent pas le malade en danger de mort immédiate, mais qui menacent son existence pour peu que l'hémorragie déjà abondante dans les premières heures, persiste ou se répète.

C'est, qu'en effet, à part quelques cas rares que nous indiquerons plus loin, c'est l'hémorragie qui fait presque toujours la gravité immédiate d'une plaie intrathoracique.

En dehors des cas où elle se produit par la bouche ou par la plaie cutanée et qui présentent parfois une gravité exceptionnelle, c'est surtout l'hémorragie qui a attiré jusqu'ici l'attention des chirurgiens.

C'est celui-ci que M. Delorme a cherché à mesurer pour en apprécier la gravité.

« Intervenir immédiatement en se basant sur les signes physiques de l'hémorragie pulmonaire et principalement de l'hémothorax quand celui-ci atteint rapidement la fosse sous-épineuse », telle est l'indication formulée par M. Delorme et que plusieurs d'entre vous ont acceptée.

Mais celle-ci, qui semble cependant précise, vient se heurter aux résultats souvent favorables de l'abstention. C'est, qu'en effet, des malades très gravement atteints ont pu guérir sans intervention, constatation à laquelle il faut toutefois opposer celles relatives à

des malades qui semblaient légèrement atteints et qui ont succombé rapidement.

Rappelons, d'autre part, que Championnière a déclaré lui-même qu'il avait vu mourir tous les blessés opérés, alors que dans sa pratique l'abstention n'avait été préjudiciable à aucun.

Quoi qu'il en soit, il ressort de notre discussion de 1907 et des nombreux faits qui y ont apportés que les indications opératoires restent encore difficiles à déterminer et que la question de l'intervention ne peut, à l'heure actuelle, être définitivement résolue.

Que nous apporte M. Baudet?

Dans la règle qu'il avait formulée, M. Delorme accordait, comme nous venons de le voir, la première place aux signes physiques. Les signes fonctionnels et généraux (anxiété, agitation, dyspnée et modification du pouls) n'ont pour lui de valeur que lorsqu'ils coexistent avec les signes physiques de l'hémothorax, ou quand ils persistent ou s'aggravent malgré le traitement médical.

En dehors de ces conditions, il leur conteste toute valeur, et il affirme, en résumé, que les troubles généraux, si dramatiques qu'ils soient, ne peuvent autoriser le chirurgien à intervenir directement si les signes physiques ne sont pas prépondérants.

Certains faits que nous avons rappelé plus haut pourraient bien donner raison à cette manière de voir. Or, M. Baudet, dans le très intéressant travail qu'il nous a adressé, s'est appliqué à démontrer que cette condamnation n'est pas sans appel, et il s'appuie pour y arriver sur les observations qu'il nous a présentées, et sur celles empruntées à ma pratique personnelle ou recueillies dans les auteurs.

Je voudrais vous exposer rapidement son opinion sur ce sujet :

Tout d'abord, M. Baudet admet, comme la plupart des chirurgiens qui ont pris part à la discussion, que les signes physiques doivent tenir la première place au point de vue de la décision à prendre.

Il nous apporte, d'ailleurs, trois belles observations qui méritent d'être publiées dans nos Bulletins.

Obs. I. — *Plaies multiples du poumon par balle de revolver. Thoracotomie une heure après : suture des trois plaies pulmonaires. Guérison.*

F..., vingt-huit ans, marchand de diamants. Bien constitué, n'ayant eu aucune maladie sérieuse antérieurement, se tire un coup de revolver à gauche du sternum, dans la région du cœur.

L'arme est d'un calibre supérieur à 7 millimètres; tenue de la main droite, son extrémité était placée non pas au contact de la paroi thoracique, mais à quelque distance des vêtements (15 millimètres environ).

Le malade a aussitôt roulé à terre sans perdre connaissance. Il fut

conduit sans pansement à l'hôpital Lariboisière à 11 h. 40, c'est-à-dire quarante minutes après l'accident.

L'oppression du malade est telle que, séance tenante, je le fais porter sur la table d'opération. Un rapide examen nous montre en effet les signes suivants :

Il existe dans *le 3° espace intercostal* gauche, à peu près à égale distance du mamelon et du bord sternal, une tache noire avec un orifice laissant couler un peu de sang : c'est l'orifice d'eutrée du projectile. Il n'y a pas d'orifice de sortie.

On entend les bruits du cœur, sous forme de bruit de moulin ou de palette très nets : c'est si nettement marqué que nous les faisons écouter à deux ou trois élèves.

La percussion du thorax en arrière révèle une matité complète de haut en bas, les bruits du poumon ne sont pas entendus.

La température rectale n'est pas prise : le pouls a 114; la face es pâle, les ailes du nez sont animées de battements rapides. Le malade a rendu quelques crachats rouge vif. Nous pensons à une plaie grave du poumon, malgré la situation de l'orifice d'entrée de la balle : malgré l'état d'emblée grave du malade, malgré l'existence d'un bruit de moulin, nous éliminon une plaie du cœur.

Nous l'éliminons parce que les pulsations radiales sont frappées avec une force suffisante; parce que le malade, quoique oppressé e affaibli, présente un état général suffisamment résistant.

Aussi la préparation aseptique est-elle faite avant l'intervention avec toutes les précautions habituelles.

Anesthésie chloroformique, aide : M. Rousseau-Langwelt, interne provisoire.

Je trace un volet qui suit le bord inférieur de la 2e côte et le bord supérieur de la 4e, et qui en dedans suit le bord sternal. Je coupe la peau, la graisse, les muscles. Je dissèque quelque peu la face profonde de ce lambeau et je sectionne les 3e et 4e cartilages costaux près du sternum.

Je relève ce volet en dehors en brisant les 3e et 4e côtes. Déjà de l'air et du sang venant de la plèvre s'échappent à l'extérieur. J'incise la plèvre, non pas d'un seul coup, mais peu à peu. Elle est pleine de sang et de caillots. Avec la main droite, je la vide autant que je puis, et j'achève l'assèchement avec des compresses de gaze. Je saisis le poumon avec les doigts et je l'inspecte en l'attirant vers l'extérieur. Je trouve trois perforations, une sur le bord antérieur au-dessus de la scissure; la 2e dans la scissure près de son bord; la 3e sur la face externe du poumon. Je cherche une 4e perforation... que je m'attendais à trouver. Je ne la trouve pas. Donc la balle a dû rester dans le poumon, ou bien le 4e orifice a dû m'échapper.

Chaque orifice a l'aspect d'un petit trou un peu rouge, au centre d'une tache violacée ayant le diamètre d'une pièce de 2 francs.

Deux de ces orifices saignent : le 2e principalement donne lieu à un jet artériel abondant. Au contraire, le sang qui s'écoule du 3e sort en bavant.

Nous fermons ces trois orifices avec du catgut n° 2 passé à points séparés et en nous servant de l'aiguille de Reverdin courbe.

Pendant la suture, nous saisissons aeec les doigts toute la partie du poumon que nous voulons suturer et l'amenons à l'extérieur.

Pendant cette opération, il nous a semblé, à un moment, que la respiration se faisait difficilement et que le pneumothorax y contribuait pour une large part. Nous avons glissé dans la cavité pleurale une large compresse de gaze aseptique dont une extrémité sortait par la plaie thoracique. Les accidents ont presque subitement cessé.

La suture terminée, nous avons ramené quelques caillots et asséché rapidement la plèvre. Nous n'avons constaté aucune blessure du péricarde et du cœur que nous avions sous le doigt et sous l'œil. Nous avons laissé retomber le volet thoracique et les cartilages costaux en suturant les parties molles et la peau. Pas de drainage. Le trajet de la balle dans les parties molles est extirpé et son orifice cutané fermé par un point de suture.

Suites opératoires. — La température est montée jusqu'à 38°6 le deuxième et le troisième jour de l'opération. Elle est descendue au-dessous de 38 le quatrième jour. Mais le septième jour, la température étant remontée à 38 et le malade présentant de l'oppression assez marquée, nous pratiquâmes une ponction de la plèvre et avons évacué 700 grammes d'un liquide séreux, légèrement rosé. Le soir, la température était à 37°4 et le huitième jour à 36°8 le matin. Mais le neuvième jour, la température remontait brusquement à 38°9 et l'oppression était très marquée. Je fis séance tenante, à la contrevisite, une résection costale large avec pleurotomie postéro-latérale. J'évacuai une quantité assez abondante de gaz et de liquide fétide. Drainage.

Le malade se trouva amélioré, mais la température continua à rester élevée pendant sept jours, oscillant entre 38 et 39. Sur les conseils de notre maître, M. Picqué, nous fîmes des lavages abondants au permanganate, et, à partir du dix-huitième jour, la température devint inférieure à 38. Depuis le vingtième jour, elle est absolument normale.

La plaie continue à donner un peu de pus. Le trajet se rétrécit en longueur et en largeur. Il reste encore actuellement un petit trajet qui donne issue à un peu de pus.

Mais depuis le vingt et unième jour le malade se lève : il mange beaucoup, il dort bien. La respiration se fait facilement. Il engraisse. On peut le considérer comme en pleine convalescence depuis ce jour-là.

Obs. II. — *Double plaie du poumon gauche par balle de revolver. Thoracotomie immédiate. Suture du poumon. Guérison.*

L..., âgé de vingt-trois ans, électricien. Le 12 juin 1907, vers 3 heures du soir, il se tire un coup de revolver *un peu au-dessus de la région précordiale.* Il tombe, mais sans perdre connaissance. Il est transporté à l hôpital Cochin, service de M. le Dr Schwartz. J'arrive, en qualité de chirurgien de garde, vers 4 h. 1/2.

Le malade est pâle. très oppressé. Son pouls est à 100. La tempéra-

ture à 37°2. Il a des crachats sanglants, rouge vif, très fréquents. L'auscultation permet d'entendre assez nettement les bruits du cœur qui sont normaux. L'examen du poumon révèle des signes très nets *d'un épanchement liquide* remontant dans la fosse sous-épineuse. L'orifice d'entrée du projectile siège dans le 2° espace intercostal gauche, à trois travers de doigt du sternum. C'est à peine si quelques gouttes de sang ont coulé par cette plaie. Il n'y a pas d'orifice de sortie.

Quoique l'on nous eût appelé d'urgence pour opérer une plaie du cœur, il était facile de se rendre compte que le cœur n'était pas blessé. En effet le pouls n'était pas très fréquent; il était facilement perceptible quoique affaibli.

L'oppression n'était pas extrême; il n'y avait pas de tendance à la syncope. Et l'auscultation montrait que les battements du cœur étaient normaux.

Par contre, les crachats sanglants, les signes d'un épanchement liquide de la plèvre, le siège même de la blessure nous certifiaient que le poumon était blessé.

Nous décidâmes aussitôt d'intervenir pour les raisons suivantes :

1° Parce que l'épanchement sanguin avait été rapidement très abondant;

2° Parce que j'ignorais si, en même temps que la plaie pulmonaire, il n'y avait pas une plaie vasculaire importante.

Le malade fut endormi au chloroforme.

Je traçai sur la partie gauche et antérieure du thorax un lambeau en U, à pédicule externe. Les bords horizontaux du lambeau passaient le supérieur, à un travers de doigt au-dessous de la clavicule : l'inférieur, dans le troisième espace intercostal. Le bord vertical longeait le bord sternal.

Je sectionnai et disséquai les parties molles, peau, graisse et muscle grand pectoral, que je rabattis au dehors.

Je sectionnai ensuite au bistouri les troisième et quatrième cartilages costaux à 2 centimètres environ du sternum. Je relevai les côtes en dehors et les fracturai à la main.

J incisai ensuite la plèvre pariétale verticalement de façon à passer toute ma main gauche dans la cavité pleurale. Elle était entièrement remplie de sang et de caillots. Le poumon était rétracté vers le hile.

J'enlevai avec la main le plus de sang et de caillots. J'étanchai le reste avec de longues compresses de gaze. Quand la cavité pleurale fut suffisamment vidée pour que je puisse bien voir le poumon, j'aperçus alors une plaie noirâtre, sur la face externe du lobe supérieur, près du bord antérieur. Je saisis ce lobe avec la main et l'attirai à travers la plaie thoracique à l'extérieur. Je ne vis pas d'autre plaie. Je saisis ensuite le lobe supérieur, après avoir réduit le lobe précédent. J'attirai le lobe inférieur avec la main hors du thorax et j'examinai méthodiquement ses diverses parties. Je trouvai un orifice de sortie de la balle au niveau du bord postérieur.

Ces deux orifices ne laissaient plus couler de sang, mais, quand j'attirai la partie avoisinant l'orifice, il se mit à saigner. Je les suturai tous

les deux, avec trois fils de catgut n° 2, et en me servant de l'aiguille de Reverdin courbe.

Pendant l'opération le malade cessa de respirer quelques instants, mais il me suffit de tirer sur le lobe inférieur du poumon pour que la respiration se rétablît.

J'ajoute que les lobes pulmonaires furent très facilement extériorisés avec la main; qu'il me suffit de les maintenir en serrant les doigts modérément, assez pour retenir, pas assez pour déchirer. En effet, à chaque expiration un peu forte, le poumon avait tendance a m'échapper et à rentrer dans le thorax.

La suture pulmonaire fut très aisée; après avoir de nouveau asséché toute la plèvre avec des compresses de gaze, je terminai en refermant la place thoracique. Je remis au contact les deuxième et troisième cartilages costaux préalablement incisés et les fixai par des sutures non pas cartilagineuses mais fibro-musculaires. Je suturai ensuite la peau et le muscle grand pectoral, avec des crins. J'extirpai le trajet de la balle, je ne fis pas de drainage.

Les suites opératoires furent les suivantes. Elles me furent transmises par M. Basset, interne du service, qui m'aida au cours de cette opération.

Le soir même de l'opération, le pouls fut un peu faible; sérum et huile camphrée. Pendant deux jours la température extrême fut, le soir, à 37,8 et 38. Elle retomba le quatrième jour à la normale.

L'état général fut toujours très bon. Dès le lendemain de l'opération, le malade ne causa aucune inquiétude.

Au huitième jour les fils furent enlevés. Le quatorzième jour le malade se levait. Il ne présentait aucune gêne respiratoire. La plaie était parfaitement cicatrisée.

Quelques temps après, M. Schwartz le fit radiographier; on trouva le projectile en arrière au niveau du bord supérieur de la huitième côte, entre le bord spinal de l'omoplate et le rachis.

Obs. III. — *Plaies du poumon gauche par coup de couteau. Hémorragie intra-pleurale et infection. Thoracotomie au sixième jour. Suture. Guérison.*

Jeanne X..., vingt et un ans, cartonnière, ne présente pas dans ses antécédents de maladie sérieuse; vers la fin du mois de mars 1909, elle fut priae d'angine et de bronchite. Cet état dura trois semaines pendant lesquelles la malade se sentit fiévreuse et courbaturé.

Le 13 avril 1909, à 9 heures du soir, étant encore dans cet état de malaise, elle fut attaquée par un rôdeur qui la frappa d'un coup de couteau dans le dos au-dessous et en dedans de l'épine de l'omoplate gauche.

Elle s'affaissa immédiatement, essayant en vain de crier, puis perdit connaissance. Cette défaillance fut courte. Au bout d'une heure elle arrive à Lariboisière. Ayant parlé de bronchite, elle est immédiatement dirigée en médecine salle Aran ou on applique des ventouses. Elle reste dans le service trois jours. Elle était, dit-elle, très oppressée et suffoquait par moments.

A plusieurs reprises elle rendit par la bouche de gros caillots noirâtres. Dès le lendemain la température est à 38,6 et monta encore les jours suivants.

Le 19 juin, le Dr de Massary la voit pour la première fois et me fait appeler de suite. La malade occupe sur son lit la position assise. Elle est pâle mais très calme ; dès qu'elle se met à parler, une oppression extrême se manifeste, si bien que je suis obligé d'abréger l'examen.

Du côté gauche de la poitrine, je constate en arrière l'absence des vibrations thoraciques : la matité est absolue dans toute la hauteur de la poitrine en arrière et en avant. La région sous-claviculaire est mate. On ne trouve pas de skodisme.

La respiration est nulle en avant et en arrière. Léger souffle bronchique lointain et voilé. Les bruits du cœur sont difficiles à percevoir à l'oreille. Pouls 124, petit mais régulier. Température 39,7.

La malade est conduite dans le service de mon maître le Dr Chaput que j'avais l'honneur de suppléer. Je pratiquai une thoracotomie d'urgence avec l'aide de M. Philip, interne du service.

Anesthésie chloroformique. Incision cutanée sur la partie antéro-latérale gauche du thorax. Cet U à charnière externe a trois branches dont l'horizontale supérieure suit la deuxième côte, l'horizontale inférieure le sillon sous-mammaire et la branche verticale le bord gauche du sternum. Nous coupons tous les téguments jusqu'aux os et aux cartilages; nous sectionnons au bistouri les 2e 3e et 4e cartilages costaux près du sternum et nous coupons en haut et en bas le 1er et le 4e espace intercostal dans leur longueur jusqu'à la ligne axillaire.

Le plastron thoracique est rabattu en dehors, et les 2e 3e et 4e côtes sont fracturés au niveau de l'aisselle. La plèvre est largement ouverte. Elle est pleine de sang et je n'en ai jamais constaté une telle quantité dans mes précédentes interventions. J'étanche le sang avec des compresses de gaze stérilisée et je vais immédiatement au poumon.

Je saisis le lobe inférieur avec la main gauche par son bord postérieur et je l'extériorise après l'avoir fait pivoter d'arrière en avant. Je découvre une plaie étroite qui en ce moment saigne en bavant. Je la ferme avec trois points séparés de catgut n° 2, à l'aide d'une aiguille de Reverdin courbe et étroite.

J'achève alors l'assèchement de la plèvre avec des compresses de gaze. Je place un très gros drain traversant le deuxième espace intercostal sur la ligne axillaire, sur le trajet même de mon incision.

Je referme la plaie en deux plans. Un premier plan musculo-aponévrotique (grand pectoral et ses aponévroses), négligeant la plèvre pariétale dont je ne m'occupe jamais.

Un deuxième plan cutané au crin de Florence.

Nous grouperons en trois périodes les suites opératoires.

Première période. Elle s'étend jusqu'au onzième jours. L'amélioration s'est faite progressivement. La chute de la température a été très lente. La dyspnée est allée en décroissant et ne se manifeste plus que dans les efforts. Le drain a été enlevé le cinquième jour, les fils le neuvième jour.

Deuxième période (du onzième au trentième jour). Elle correspond à une période d'infection qui a cédé rapidement à la ponction. La température, qui s'était élevée jusqu'à 39, est revenue de suite à la normal.

Troisième période. Guérison définitive.

Dans les observations précédentes, les signes physiques ont été faciles à déceler. Mais il est loin d'en être de même, dans tous les cas. Nélaton et Rochard ont suffisamment insisté sur de nombreuses causes d'erreur dans la recherche de l'hémothorax. Ils ont rappelé qu'il est parfois difficile d'évaluer son importance, parfois même d'en affirmer l'existence.

Notre collègue Quénu conseille même, pour fixer le diagnostic, la ponction et l'incision exploratrice, que certains chirurgiens pratiquent à l'étranger, de parti pris; et Routier, considérant que les causes d'erreur sont inévitables, va jusqu'à renoncer à l'auscultation des blessés. Aussi Baudet, s'appuyant sur l'autorité de nos collègues, admet-il en principe que lorsque ces signes sont difficiles à trouver, qu'ils restent douteux ou négatifs, les signes fontionnels ou généraux doivent fournir à leur place des indications de premier ordre et il prétend, contrairement à l'opinion de M. Delorme, qu'on ne saurait en constater la valeur dans les cas où ils ne sont pas suivis parallèlement des symptômes physiques d'un hémothorax abondant.

Mais affirmer n'est pas prouver, et l'on est en droit de demander à M. Baudet sur quels faits il appuie une opinion aussi radicalement opposée aux conclusions présentées par la plupart de nos collègues.

Tout d'abord notre collègue invoque une statistique de 75 cas recueillis dans les auteurs et qu'il a jointe à sa communication. Beaucoup de ceux-ci sont connus de vous ou vous appartiennent. Je ne puis naturellement en reprendre ici l'examen. Je me bornerai à dire que dans 38 de ces cas qui lui ont paru suffisamment précis, 17 fois (Baudet n'y comprend pas ses observations), l'intervention a démontré que les symptômes généraux graves répondaient à une plaie pulmonaire grave.

Chez certains de ces malades les symptômes généraux avaient été si importants, qu'ils avaient constitués l'indication opératoire capitale. L'opération vient alors démontrer dans ceux-ci l'existence d'une hémorragie abondante.

Par contre les plaies légères du poumon accompagnées d'hémorragies légères répondaient toujours à des symptômes généraux ou fonctionnels insignifiants.

Pour ma part, des nombreux blessés thoraciques que j'ai eu

l'occasion d'observer dans mon ancien service de l'hôpital Bichat, je n'ai pas conservé le souvenir d'un seul cas où une blessure légère avait donné lieu à un complexus symptomatique alarmant et capable de me faire commettre une erreur de diagnostic.

Mais il fallait préciser ce point de pratique; aussi, ai-je, en vue de ce rapport, noté rigoureusement, dans le courant de cette année, l'état physique et général de tous les malades entrés dans mon service pour des plaies du poumon.

Baudet, mon assistant, toujours appelé dans les cas d'urgence, a consigné lui-même les symptômes que les malades présentaient à leur entrée ou ceux qu'ils ont présentés dans la suite.

Voici le résumé de sept observations provenant de mon service, relatives à des malades présentant des cas légers et chez lesquels aucune intervention n'a été pratiquée.

1. Jeune femme, vingt ans. Salle Elna-Roy. Assassinat, le 16 octobre 1910, coup de couteau, 3e espace intercostal droit, près du sternum.

A son entrée, submatité à la partie postérieure du thorax, au dessous de la pointe de l'omoplate. Respiration abolie jusqu'en ce point. Pouls, 100. Respiration, 22. Température, 37°4, Décubitus sur le côté sain. Calme complet, pas de pâleur.

Le 23 octobre, sept jours après sort guérie. La respiration est revenue jusqu'en bas de la poitrine.

2. Jeune homme, vingt ans, entre le même jour, salle Chassaignac. C'est lui qui a blessé la malade précédente et il s'est ensuite donné un coup de couteau dans le côté droit de la poitrine, 3e espace intercostal, près du sternum, la blessure a un siège exactement semblable que celui de sa victime.

Mêmes symptômes thoraciques, 2 ou 3 crachats sanguinolents, calme parfait. Pouls fort bien frappé. Cause avec facilité ; les jours suivants l'hémothorax s'accentue, mais l'état général reste le même et le malade va à ce point de vue là, de mieux en mieux. M. Baudet fait remarquer aux élèves combien cette amélioration de signes généraux contraste avec la persistance et l'aggravation légère des signes d'épanchement.

3. M. Paul, salle Chassaignac. Entre le 19 décembre 1909. (Résumé) coups de couteau dans le dos à 1 heure du matin.

Le malade dit qu'il a perdu beaucoup de sang, on l'a amené en voiture à l'hôpital dix minutes après l'accident.

Plaie nette, ovalaire de 1 centimètre dans son grand diamètre vertical, elle est située entre la colonne vertébrale et le bord spinal de l'omoplate. Il s'écoule un peu de sang.

Examen du thorax, négatif à l'auscultation et à la percussion. Quelques crachats sanguinolents.

Huit heures après l'accident, le malade est dans un calme parfait. Pouls normal, facies bon.

Le bras droit du malade est engourdi, mais il peut le remuer.

4. R. Louis vingt-quatre ans, salle Chassaignac 30, entre le 5 juin 1910 (Résumé).

Coup de couteau dans la partie haute des lombes à gauche. Il est un peu dyspnéique et souffre beaucoup. Il ne peut marcher. Néanmoins le pouls est bon, 80. Température 37°4. La plaie saigne très faiblement. Rien dans la poitrine.

Le lendemain, vu par nous, pour la première fois, 37°8. Etat général bon. Pas de dyspnée. Plaie refermée.

Le 11 juin, signes de pneumonie traumatique, température 39°6. Matité et souffle avec râles crépitants dans le tiers moyen du poumon gauche.

Le 25 juin, signes d'épanchement moyen de la plèvre qui disparaît spontanément les jours suivants. Guérison.

5. Am. Edmond., cinquante-six ans, charretier entre le 1er janvier 1909, salle Chassaignac. Tentative de suicide, plusieurs coups de couteau dans la région précordiale. Bronchite chronique très marquée.

A son entrée, température 36°9. Pouls 116, petit mais régulier. Face pâle. Un peu d'agitation due à l'alcool.

Traumatopnée. Hémorragie légère. Emphysème sous-cutané. Pas de signes d'épanchement pleural. Le soir le malade dort. L'emphysème sous-cutané s'est étendu.

Le lendemain, le malade a dormi, pouls 103. Râles sous-crépitants aux deux bases. Crachats abondants non sanglants. Le quatrième jour, température 37 degrés. Pouls 84, le malade a dormi. Toux moins forte. Pas de dyspnée. Tous les accidents sont conjurés.

6. Del... dix-huit ans, entré le 27 novembre 1910, salle Chassaignac. Résumé.

Coups de couteau dans le dos, à gauche en dedans et un peu au-dessous de la pointe de l'omoplate. Hémorragie externe assez abondante. Crachats hémoptoïques.

Pas de signes d'épanchement sanguin, ni de pneumothorax. Pas de température. Etat général parfait. Pouls normal. Sort guéri le 5 décembre.

7. G... trente-cinq ans, entre le 4 octobre, salle Chassaignac, 4.

Coup de couteau siégeant au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate à droite.

Il a perdu du sang en assez grande abondance. Pansement traversé pendant la nuit. Crachats sanglants.,

Pas de dyspnée. Pouls normal. Pas de température. Aucun signe d'épanchement pleural. Guérison sans complications.

Comme on le voit, aucun malade atteint de plaie légère du poumon n'a présenté de signes fonctionnels ou généraux alarmants. Toutes les plaies ne donnèrent lieu qu'à une hémoptysie précoce ou retardée ou à un infime hémothorax.

Ce qui dominait dans ces cas et nous a rassuré dès le début, c'était l'état de bien-être que présentaient ces malades. Bon pouls. Bon facies. Bonne respiration. Calme parfait.

Mais alors comment peut-on expliquer les divergences qui se sont produites sur ce point?

Notre collègue Quénu a déclaré que les réflexes que déterminent le contact de la plèvre avec le corps traumatisant et l'épanchement de sang, le pneumothorax et l'état psychique du blessé sont susceptibles de créer un état de shock alarmant mais souvent transitoire et de gravité feinte.

Je me garderai bien de le contredire, mais je crois néanmoins qu'il convient d'établir une distinction importante.

J'ai publié de nombreuses observations de malades nerveux, chez lesquels la symptomatologie est exagérée parce que ceux-ci interposent aux troubles ordinaires des éléments venus du cerveau. Il s'agit alors de troubles subjectifs caractérisés surtout par une douleur plus ou moins vive, de l'anxiété et de l'agitation.

Quant aux troubles graves qui se traduisent du côté de la respiration et de la circulation, d'une part par une respiration superficielle, de la dyspnée, des accès de suffocation et de la cyanose, d'autre part par un pouls filiforme, du côté de la calorification par une hypothermie souvent marquée, on est bien autorisé à émettre quelques réserves sur le mécanisme invoqué par notre collègue et à rechercher alors si les symtômes graves ne décèlent pas quelque lésion méconnue ou profonde, et si, en résumé, la contradiction entre les deux ordres de symptômes n'est qu'apparente et non réelle.

Aussi notre collègue émet-il l'opinion que les signes fonctionnels, à part les cas exceptionnels signalés par Quénu, doivent conduire le chirurgien *à rechercher directement* une lésion locale lorsque les signes physiques sont peu accusés ou douteux.

Un sujet est atteint d'une plaie thoracique. Il n'existe pas d'hémorragie externe; les signes physiques de l'hémothorax sont nuls. Par contre les signes généraux et fonctionnels sont inquiétants et pressants. N'est-il pas rationnel d'intervenir, pour découvrir une lésion possible?

De fait, plusieurs chirurgiens sont intervenus dans ces conditions.

Dans sa statistique de 38 cas, Baudin relève 8 cas où l'intervention a été faite dans ces conditions avec 5 guérisons.

Les auteurs n'ont pas tenu dans ces cas compte de l'hémorragie, les uns parce qu'ils ont cru pouvoir s'en passer (abstention systématique de recherche), les autres parce qu'ils l'ont cherchée sans la trouver, quelques-uns enfin parce que les signes physiques étaient chez leurs malades insignifiants.

Tous donc ont basé l'indication sur la seule constatation de

symptômes fonctionnels ou généraux graves; 13 fois sur 38 cas les signes fonctionnels étaient assez pressants pour qu'on pût croire à une plaie du cœur qui n'a pas été confirmée.

Baudet nous apporte une observation de ce genre relative à une malade chez laquelle la gravité des symptômes généraux lui fit croire à une plaie dn cœur. Il se trouva en face d'une plaie de la mammaire interne et sa malade guérit.

Bien que je me réserve de faire prochainement un rapport sur le beau travail qu'il nous a lu sur les plaies du cœur, je tiens à vous donner aujourd'hui la relation de ce cas intéressant.

Obs. III. — *Plaie de l'artère mammaire interne.*

Le 25 août je fus appelé à Lariboisière, salle Denonvilliers, dans le service de mon maître M. Chaput, que j'avais l'honneur de suppléer, auprès d'une femme qui venait de recevoir vingt minutes auparavant un coup de revolver en pleine poitrine.

La plaie siégeait dans le 3e espace intercostal gauche au ras du bord sternal. La malade était pâle et décolorée, la respiration était haletante; les mots qu'elle s'efforçait de prononcer étaient incompréhensibles. Le pouls radial n'était pas perceptible; on n'entendait pas les bruits du cœur; il existait un hémothorax total du côté gauche. Je crus à une plaie du cœur, et sans examiner davantage la malade, je la fis porter sur la table d'opération.

Un lambeau rectangulaire à charnière externe comprenant les 2e, 3e, 4e et 5e côtes fut rabattu en dehors et me permit de découvrir immédiatement l'artère mammaire interne complètement sectionnée. Je me bornai à pincer son bout supérieur et en fis la ligature. Je négligeai le bout inférieur ainsi que les veines qui ne saignaient pas.

La plèvre, perforée par le projectile, était pleine de sang, l'hémothorax dépassait en abondance tous ceux que j'avais observés.

La plèvre fut fendue sur toute la hauteur du lambeau. L'examen du poumon fut négatif et je ne trouvai aucune perforation du péricarde. Toilette soignée de la cavité pleurale. Fermeture sans drainage. La malade, très affaiblie, fut longue à se rétablir, mais la guérison fut complète.

A côté des causes diverses que nos collègues ont signalé au cours de la discussion et que j'ai rappelées plus haut, Baudet en a signalé une qui mérite une attention spéciale.

Dans un cas observé par lui, il existait des adhérences pleurales étendues et serrées. On comprend que dans ces circonstances l'auscultation du poumon en arrière au niveau de la plèvre épaissie par des adhérences, décèle une matité qui à un premier examen peut en imposer pour un hémothorax.

La ponction ou l'incision exploratrice recommandée par quelques-uns reste négative. Et voilà écartée l'hypothèse des épanchements sanguins.

Or chez le malade de Baudet, l'épanchement existait non seulement sur une partie de la face externe mais aussi contre la cloison médiastine, entre le hile du poumon et la face postérieure du péricarde.

L'hémorragie était peu abondante. Les accidents généraux étaient restés bénins.

Voici d'ailleurs cette intéressante observation.

Quadruple plaie du poumon gauche par balle de revolver. Thoracotomie immédiate. Suture. Guérison.

R... (Charles), vingt-six ans, représentant de commere. Père mort de tuberculose pulmonaire; a eu dans son enfance, la coqueluche et la rougeole; aurait eu une double fluxion de poitrine, qui aurait nécessité son envoi à Berck, deux années de suite. Actuellement présente un nervosisme marqué. Habitudes d'éthylisme.

Le 12 juin 1909 à la suite de pertes de jeu, se tire un coup de revolver (calibre n° 8) dans la région du cœur. Le coup est tiré de la main droite à travers les vêtements. Pas de perte de connaissance. L'hémorragie extérieure a été continue mais peu abondante. Il est amené à 9 heures du soir à l'hôpital Lariboisière, salle Chassaignac dans le service de mon excellent maître M. Picqué que j'ai l'honneur d'assister. Le malade est assez calme, la face un peu pâle. Pouls à 104. Oppression très modérée.

L'orifice extérieur siège dans le troisième espace intercostal gauche, en dedans du mamelon. Il sort par cet orifice un peu de sang, mais à certains moments seulement, lorsque le malade fait un effort pour parler ou pour tousser. Il sort également un peu d'air dans les mêmes condition. L'auscultation du cœur, le malade étant assis ou couché ne révèle rien de particulier : pas de bruit de moulin.

L'examen du poumon fait en arrière du thorax révèle un épanchement liquide qui n'atteint pas la pointe de l'omoplate. Il est vrai que cet examen pratiqué une demi-heure auparavant par le même interne avait montré que l'épanchement était nul.

Il était donc certain que du sang s'écoulait dans la plèvre et que l'hémorragie quoique légère durait encore.

Anesthésie chloroformique. Tracé du lambeau en U comme je le pratique habituellement ayant une charnière externe et renfermant les deux, trois et quatrième côtes.

Les cartilages correspondants sont sectionnés au ras du sternum. Le lambeau est renversé en dehors au niveau de la ligne axillaire, mais je m'arrive pas à fracturer les côtes. Je fais alors maintenir par un aide le lambeau aussi écarté que possible. J'agrandis largement l'ouverture pleurale. Je trouve environ un demi-litre de sang épanché.

Le poumon sur sa face postérieure externe présente des adhérences longues, minces mais membraneuses que je sectionne au ciseau.

Le sang se trouve accumulé dans la partie antérieure de la plèvre entre le hile et la face postérieure du péricarde.

L'exploration du poumon met à découvert quatre perforations : l'une en avant du lobe antérieur. Deux dans la scissure, l'autre à la partie inférieure du lobe supérieur.

Chaque perforation est suturée par trois points de catgut. Par suite des adhérences qui fixent encore le lobe supérieur du poumon, j'éprouve une certaine difficulté pour faire pivoter le poumon d'arrière en avant; on ne peut y arriver qu'en détruisant les adhérences.

Je termine en asséchant très complètement la cavité pleurale. Aucun incident du côté de l'anesthésie.

Suture de la paroi en deux plans, musculo-aponévrotique et cutané.

Excision de l'orifice d'entrée du projectile.

En ce moment il se produit de l'emphysème sous-cutané assez marqué. Je place deux drains dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'un au niveau de l'orifice d'entrée du projectile, l'autre à la partie inférieure de mon incision. L'emphysème diminue rapidement.

Suites opératoires excellentes. Dès le lendemain la température est normale; le malade n'a jamais éprouvé d'oppression; le deuxième jour a craché une grande quantité de sang noir ayant sans doute séjourné dans les bronches. Les fils sont enlevés au neuvième jour. Réunion *per primam*.

L'auscultation du poumon ne dénote rien d'anormal.

Ainsi donc, voilà un cas où l'hémorragie occupait un siège anormal et aurait pu être méconnue cliniquement.

Baudet croit parfois que l'hémorragie peut être intramédiastinale, mais de telles plaies sont très rares; et, d'ailleurs, je n'ai en ma possession aucun élément pour en aborder utilement l'étude devant vous.

Dans une autre partie de son travail, Baudet s'est appliqué à nous montrer que la pathogénie des accidents fonctionnels et généraux n'est pas exclusivement liée à l'épanchement sanguin et que ceux-ci peuvent reconnaître d'autres causes.

Dans certains cas, en effet, en l'absence de toute hémorragie, les symptômes peuvent être le résultat d'une rupture étendue du poumon, par coup de feu ou arme blanche. Les dimensions de la plaie peuvent alors être considérables.

Dans un cas Garré dut placer huit points de suture. Dans celui que Baudet a communiqué au Congrès de chirurgie, il appliqua onze points de suture.

Mais là encore l'existence d'une symphyse pleurale est nécessaire. On comprend que dans ces cas, comme dans les précédents, il ne puisse alors y avoir d'hémothorax, puisque la cavité pleurale n'existe plus. Les signes physiques se bornent à la sortie de l'air et d'une petite quantité de sang à travers la plaie cutanée à chaque mouvement respiratoire un peu fort.

L'état général du malade est inquiétant. Le pouls est faible, l'oppression très marquée, le facies mauvais.

Les signes fonctionnels et généraux traduisent donc une lésion différente des précédents, et d'ailleurs bien plus grave qu'on ne saurait le soupçonner, puisque dans tous les cas opérés ou non elle a entraîné la mort.

Ces faits sont intéressants à connaître puisque les signes généraux dominent seuls la scène et conduisent à une indication pour le moins rationnelle.

Mais quelle peut être la filiation entre les plaies étendues du parenchyme pulmonaire et les accidents généraux graves qui les accompagnent? Baudet s'est désintéressé de ce point. Pour ma part, je pense que l'interprétation pathogénique que Quénu nous a donnée trouve au moins dans ce cas une application légitime.

Il ressort, en résumé, des observations qui nous ont été présentées et des réflexions qu'elles ont suggérées à l'auteur, que celui-ci intervient quand il existe des signes physiques, selon la pratique préconisée par M. Delorme et adoptée par beaucoup d'entre vous.

Mais pour lui, l'intervention ne saurait être considérée comme l'exception dans le traitement de ces plaies, et il étend beaucoup les indications opératoires. Il insiste, comme l'ont fait plusieurs de nos collègues, sur l'insuffisance des signes physiques pour fixer la quantité d'un hémothorax et parfois même son existence.

Il s'appuie sur ses propres observations pour nous montrer que ceux-ci sont le plus souvent incapables de démasquer la gravité d'une plaie pulmonaire, parfois très étendue, ou de déceler une plaie du cœur ou d'un vaisseau important du médiastin.

Il estime en outre qu'à part les cas exceptionnels où les symptômes fonctionnels ou généraux peuvent se produire comme l'a fait justement remarquer Quénu en dehors de toute lésion sérieuse *ceux-ci ont habituellement une base anatomique* et il cherche à nous le prouver en invoquant la statistique et deux cas personnels.

Il pense dès lors que les signes fonctionnels doivent conduire les chirurgiens, conformément aux règles ordinaires de la chirurgie d'urgence, à une intervention exploratrice qui pour lui ne doit être ni la ponction ni l'incision exploratrice qu'il juge insuffisante, mais la taille d'un lambeau thoracique.

Malgré les faits apportés ici par Schwartz, Routier, Mauclaire, il tient pour exceptionnels les cas en apparence graves qui ont pu guérir sans intervention. Il attache, au contraire, la plus grande importance aux cas en apparence bénins qui se sont terminés brusquement par la mort.

Aussi n'attend-il pas que les symptômes fonctionnels soient alarmants ou le deviennent, et c'est ainsi qu'en l'absence de tous symptômes physiques, notre collègue est-il disposé à opérer les malades atteints de plaie thoracique, lorsque ceux-ci présentent un pouls à 100, une pâleur accentuée de la face, des sueurs, de l'agonie et de l'anhélation. Mais il tient aussi le plus grand compte de leur persistance ; il pense dès lors que ces malades doivent être suivis de demi-heure en demi-heure, de façon à confier au traitement médical ceux chez lesquels les symptômes fonctionnels et généraux se modifient rapidement dans un sens favorable.

Que faut-il penser, messieurs, de ces conclusions ? Pour ma part, je les trouve acceptables, et je déclare m'y rallier.

Mais j'attends sur ce point le jugement de mes collègues.

Dans la deuxième partie de son travail consacré à la technique opératoire, notre collègue Baudet soumet à une critique judicieuse les procédés de thoracotomie linéaire avec résections costales étendues et vante la méthode des larges volets.

Les premiers ont été surtout utilisés en France et à l'étranger à l'époque où le traitement chirurgical des plaies thoraciques entrait dans la pratique. Ils ont été remplacés depuis par des voies d'accès beaucoup plus larges. Celles-ci peuvent néanmoins convenir à des plaies uniques par coup de couteau ; l'accès sur le bord antérieur de la face externe du poumon reste facile ; on peut ainsi voir la plaie, la saisir avec une pince et la suturer. Si l'on vient à étendre l'incision transversale depuis le sternum jusqu'à l'aisselle et réséquer, tout comme l'a fait Baudet dans deux cas, on peut encore glisser la main dans la gouttière vertébrale et aller chercher le bord postérieur du poumon pour le ramener dans la plaie.

Mais là se bornent les indications. Dans les plaies multiples du poumon, des manœuvres compliquées deviennent nécessaires. Il faut explorer successivement les deux lobes, vérifier la partie postérieure du poumon après l'avoir fait pivoter sur son axe, d'arrière en avant et de dedans en dehors, accéder sur le hile, explorer le péricarde et, s'il est ouvert, explorer le cœur.

L'ouverture linéaire même prolongée jusqu'à l'aisselle devient insuffisante. Le jour reste limité dans le sens vertical. Il faut alors recourir au volet si l'on veut découvrir toutes les plaies du poumon.

Alors, pour Baudet, les lambeaux comprenant les 3e, 4e, 5e et 6e côtes sont ceux qui conviennent à la majorité des cas. Il donne la préférence au lambeau à la Delorme à charnière externe et conseille de reporter la charnière le plus possible en arrière pour pouvoir se mouvoir à l'aise.

Le lambeau à charnière interne lui semble inférieur.

Quant à la charnière supérieure, elle a surtout l'inconvénient de ne pas se rapprocher suffisamment de l'aisselle. Il rappelle d'ailleurs que les desiderata de ces deux procédés peuvent disparaître, si le lambeau à charnière interne a sa convexité dans l'aisselle ou si le lambeau à charnière supérieure a sa branche externe de l'U dans l'aisselle.

Notre collègue signale encore quelques points de la technique opératoire relatifs à la section des cartilages costaux, mais je crois inutile d'y insister.

La plèvre est ainsi largement ouverte. Le sang doit être soigneusement étanché. Les plaies possibles de l'intercostale et de la mammaire interne seront facilement découvertes comme dans le cas de Baudet, et l'on pourra ainsi éviter les accidents mortels qui ont été signalés par quelques chirurgiens.

La manœuvre d'exploration manuelle par Baudet est la suivante. Elle ne lui est d'ailleurs pas entièrement personnelle; il l'a appliquée dans la plupart de ses cas.

Le chirurgien saisit le bord supérieur du lobe inférieur, avec les trois premiers doigts de la main gauche, l'attire à lui, le renverse en dedans pour voir la face externe, en dehors pour vérifier la face interne et la région du hile. Pour voir la face postérieure et la partie postérieure de la face interne, il glisse la main droite dans la plèvre jusque dans la gouttière vertébrale, la face dorsale des doigts raclant les côtes. Il saisit à pleines mains le poumon par son bord postérieur, l'accroche, l'amène dans la place en le faisant pivoter de dedans en dehors et d'arrière en avant.

Il peut ainsi voir le bord postérieur de ce poumon, la partie postérieure du hile, mais aussi les gros organes de la partie gauche du médiastin postérieur (aorte, œsophage, origine des artères intercostales gauches). Il répète cette même exploration avec le lobe inférieur et vérifie l'état de la scissure en soulevant la lèvre supérieure de cette scissure.

Grâce à ces manœuvres, les plaies multiples seront toutes reconnues, celles du bord postérieur et celles des scissures. C'est ainsi, d'ailleurs, que Cottard, Baudet et quelques autres ont pu suturer les plaies du même poumon. Certains chirurgiens recommandent de saisir le poumon avec une pince en T à cadre. En général, les doigts suffisent.

M. Baudet étudie dans son travail le mode d'obturation de la plaie des poumons.

Quelques chirurgiens ont eu recours avec succès à la ligature.

La suture paraît cependant à notre collègue le procédé de choix surtout pour les plaies larges. Le procédé le plus simple, et

auquel il a eu recours chez ses malades, consiste à passer une aiguille de Reverdin courbe en plein parenchyme, à 1 centimètre et demi en arrière des bords de la plaie et profondément. Il emploie indifféremment la suture à points séparés, ou en surjet. Le plan séro-séreux, recommandé par quelques chirurgiens pour enfouir la suture, lui paraît inutile.

Le tamponnement, auquel plusieurs chirurgiens ont eu recours, n'a évidemment d'avantages que dans les plaies difficilement accessibles, en particulier celles qui intéressent la partie postérieure du hile.

La fermeture du thorax a également préoccupé notre collègue; celle-ci doit être hermétique pour éviter l'emphysème sous-cutanée et il insiste sur la nécessité d'une bonne coaptation des cartilages ; il pense que parfois on ne peut l'obtenir qu'après des résections complémentaires. La suture cartilagineuse lui paraît le plus souvent recommandable.

La question du drainage post-opératoire tient une grande place dans le travail de M. Baudet, mais il la rattache peut-être trop étroitement aux accidents d'infection consécutive qui ont été fréquemment observés. Quoi qu'il en soit, les chiffres qu'il donne sont importants à noter.

Sur 34 cas où le drainage a été pratiqué, 6 seulement ont guéri sans accidents; 28 ont eu de l'infection consécutive.

Dans 7 cas, l'infection a été légère; elle a guéri sans traitement chirurgical.

Dans 3 cas, il s'est fait une ouverture spontanée du liquide pleural à travers la cicatrice (pleurotomie spontanée).

Dans 9 cas, l'infection a nécessité une pleurotomie ultérieure avec résection costale.

Dans 10 cas, l'infection a été suivie de mort.

Dans 15 autres cas où il n'y a pas eu de tamponnement et où le drainage a été fait par un tube de caoutchouc, il signale 5 morts et 2 cas seulement où la guérison est survenue sans accidents.

Cette mortalité est vraiment énorme et à elle seule peut constituer un argument décisif non seulement contre l'extension qu'a voulu donner Baudet aux indications opératoires, mais contre le principe même de l'intervention dans les traumatismes du thorax puisque, d'après quelques-uns de nos collègues, beaucoup de cas sont susceptibles de guérir spontanément.

M. Baudet accuse le mode de drainage ; de fait, les 5 cas qu'il a opérés sont intéressants à envisager à ce point de vue. Sur 4 cas non drainés, 3 ont guéri sans infection, le quatrième a dû subir une résection costale consécutive.

Dans le seul cas drainé par lui, une légère infection s'est produite qui a guéri rapidement par la ponction.

Tous ses malades ont guéri.

En tout cas, le petit nombre de cas qu'il a observés ne permet aucune conclusion utile, et il est regrettable qu'à la longue et fâcheuse statistique des cas drainés il n'ait pas opposé une statistique de cas traités comme les siens par la fermeture totale. Il aurait du moins soulagé la conscience des interventionnistes.

Quoi qu'il en soit, du reste, la statistique qu'il nous apporte présente l'inconvénient de toute statistique globale : elle comporte trop d'éléments divers en dehors du drainage pour servir utilement à l'étude des indications opératoires.

Laissons désormais de côté les statistiques qui sont de nature à peser trop lourdement sur nos déterminations. Contentons-nous, pour le moment du moins, de statistiques individuelles qui représentent la pratique d'un seul chirurgien, et rappelons-nous surtout, pour agir, les beaux cas qui ont été présentés par nos collègues au cours de notre discussion, ainsi que les résultats favorables qui nous sont apportés chaque jour par de jeunes collègues, et spécialement les 6 cas de guérison que M. Baudet a obtenus dans des circonstances difficiles et qui lui font grand honneur.

Messieurs, j'ai tenu dans ce trop long rapport à mettre en relief, devant vous, les brillantes qualités de clinicien et d'opérateur de notre collègue Baudet que vous avez pu apprécier déjà dans une série de communications antérieures.

Je vous prie de le remercier de sa très remarquable communication et de l'inscrire dans le rang le plus honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Présentations de malades.

Écrasement du nerf radial par coup de feu. Résection nerveuse suivie de suture. Résultat éloigné.

M. Rouvillois. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade auquel j'ai eu l'occasion de pratiquer une suture du nerf radial, pour une paralysie de ce nerf consécutive à un coup de feu à plombs.

Les conditions dans lesquelles l'intervention a été pratiquée, les

constatations anatomo-pathologiques ainsi que le résultat éloigné m'ont paru dignes de retenir votre attention pendant quelques instants.

Voici, en résumé, l'observation de ce malade :

B..., sous-officier d'une garnison de province, reçoit dans la nuit du 1er au 2 octobre 1908, à courte distance, un coup de feu à plombs de gros calibre à la face externe du bras droit. Transporté à l'hôpital quelques heures après l'accident, le médecin constate à la face externe du tiers moyen du bras droit une plaie irrégulière de 5 à 6 centimètres de diamètre, orifice d'entrée de nombreux grains de plomb dont un certain nombre se sont en outre disséminés dans les plans superficiels de l'épaule, du coude et du côté droit du thorax.

A la face interne de la partie inférieure de l'aisselle et du bras, au voisinage du paquet vasculo-nerveux, on constate l'existence d'un véritable paquet de grains de plomb, qui, après avoir traversé le bras en rasant la face postérieure de l'humérus, sont restés logés sous la peau.

Le pouls radial, quoique faible, est conservé.

Après désinfection de la région, un pansement aseptique est appliqué.

Les jours suivants, le bras devient le siège d'une tuméfaction ecchymotique considérable. La plaie, anfractueuse et déchiquetée, suppure, en même temps qu'une plaque de sphacèle se manifeste à son niveau.

Le 8 octobre, une incision à la face interne du bras permet d'évacuer des caillots sanguins avec une vingtaine de grains de plomb et des débris de vêtements.

Les jours suivants, la main droite prend de plus en plus l'attitude caractéristique de la paralysie radiale, qui avait été masquée jusque-là par les autres symptômes.

La topographie de l'orifice d'entrée ne laisse alors aucun doute sur l'existence d'une lésion du nerf radial.

Le 13 octobre, après la disparition de la suppuration, le médecin traitant va à la recherche du nerf et croit constater son intégrité. Il explique la paralysie par une simple compression nerveuse, et referme la plaie.

Après réunion de la plaie opératoire, la paralysie radiale persiste toujours. C'est dans ces conditions qu'il est envoyé au Val-de-Grâce dans le service de mon maître, M. Sieur, qui veut bien me confier ce malade.

A son entrée, le 15 novembre, outre les cicatrices des deux interventions antérieures, je constate les signes suivants :

A la partie moyenne de la face externe du bras droit existe une cicatrice, adhérente aux plans profonds et encore recouverte de petites croûtelles. Cette cicatrice, qui correspond à l'orifice d'entrée du coup de feu, présente les dimensions d'une pièce de 50 centimes et répond au trajet du nerf radial à la partie moyenne de la gouttière de torsion.

La palpation permet de constater, outre les nombreux grains de plomb dont le bras est criblé, la présence, immédiatement au-dessous

de la cicatrice, d'un noyau fibreux légèrement douloureux semblant s'étendre jusqu'au squelette.

La paralysie complète du nerf radial ne fait aucun doute : la main droite est tombante, les doigts sont fléchis dans la paume et le pouce est en adduction. Les mouvements d'extension de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main sont abolis ainsi que celui d'inclinaison radiale du poignet. Le mouvement d'inclinaison cubitale est diminué.

Quand le blessé fait effort pour étendre la main, il ne réussit qu'à faire un mouvement de pronation forcée.

Le mouvement d'abduction du pouce est aboli et la tabatière anatomique ne peut plus se dessiner. Les mouvements d'écartement des doigts sont diminués.

Quand le blessé essaie de les réaliser, il ne réussit qu'à faire un mouvement de flexion.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras ont conservé leur amplitude normale. L'épaule est intacte.

Il existe, à la partie postérieure du bras, de l'avant-bras et de la main, une bande d'hypoesthésie représentant exactement la zone d'innervation sensitive du nerf radial. Elle commence à trois travers de doigt au-dessus de la cicatrice, c'est-à-dire à 15 centimètres environ de l'acromion. Cette hypoesthésie est surtout marquée à la partie postério-externe du coude. Elle est beaucoup moins accusée sur la face dorsale du poignet.

Il existe une atrophie manifeste du triceps, du long supinateur et de tout le groupe musculaire postérieur de l'avant-bras.

Les mensurations de la circonférence du bras à sa partie moyenne donnent le même résultat à droite et à gauche, mais il faut tenir compte de l'épaississement des parties molles qui masque partiellement l'atrophie, et du plus grand développement habituel du membre droit.

Les mensurations de la circonférence de l'avant-bras à 8 centimètres au-dessous de l'épitrochlée donnent 25 cent. 1/2 à droite et 26 1/2 à gauche.

L'indication opératoire était évidente : il fallait découvrir le nerf radial, l'explorer dans toute la région traumatisée et se comporter vis-à-vis de lui selon les circonstances.

Opération le 21 *novembre* 1908. — Incision classique de la découverte du nerf radial dans la gouttière de torsion, prolongée en bas jusqu'au bord interne du long supinateur et passant au centre de la cicatrice brachiale.

Après la section des parties molles et la réclinaison du deltoïde en avant, je trouve le nerf radial à la partie supérieure de la gouttière de torsion : il est sain. Je le suis à la sonde cannelée de haut en bas en décollant le plus bas possible le long triceps du vaste externe. J'enlève chemin faisant quelques plombs au voisinage immédiat du nerf, mais je ne découvre aucune lésion nerveuse.

Afin de mieux cerner la lésion en allant du connu à l'inconnu, je me porte à la partie inférieure de la plaie pour y chercher le nerf et le suivre de bas en haut. Je le trouve à sa place normale, sous le bord

interne du long supinateur, mais son calibre est tellement diminué qu'il est réduit à l'état d'un simple filet nerveux. A ce niveau, on rencontre une branche collatérale qui semble être le nerf du long supinateur.

La dissection du radial de bas en haut amène bientôt dans une épaisse gangue de tissu fibreux s'étendant jusqu'à la cloison intermusculaire externe.

Après avoir sculpté le nerf au milieu de cette gangue fibreuse, et l'en avoir isolé, je me rends compte qu'entre le nerf normal en haut et le nerf considérablement aminci en bas, il existe un renflement fibro-conjonctif contenant quelques grains de plomb. En un mot, le nerf ne semble pas avoir été sectionné complètement, mais plutôt violemment écrasé contre le squelette.

Après m'être assuré que la suture serait possible, après la résection du segment intermédiaire fibro-conjonctif, je résèque celui-ci sur une longueur de 2 centimètres en faisant aux deux extrémités nerveuses destinées à être suturées une surface de section un peu oblique pour en augmenter la surface d'affrontement.

J'amène au contact le bout supérieur volumineux avec le bout inférieur grêle et les réunis à la soie fine par un point d'appui médian passant de part en part et par deux points latéraux périneurotiques.

Suture aponévrotique en surjet : sutures superficielles. Pansement.

Dès les premiers jours, le blessé accuse des fourmillements dans le pouce et sur la face dorsale de l'index.

Les fils sont enlevés le septième jour. Réunion *per primam.*

Le 1er décembre, la sensibilité est revenue à la face dorsale du pouce et de la première phalange de l'index. Le malade commence à esquisser quelques légers mouvements d'extension de la main sur l'avant-bras.

Le 21 janvier 1909, c'est-à-dire *deux mois après*, l'hypoesthésie a disparu, sauf au niveau de la face dorsale de la première phalange du pouce et de l'index.

Le mouvement d'extension de la main est un peu plus étendu, mais ne permet pas encore au blessé de mettre la main dans le prolongement de l'avant-bras.

A partir de ce moment, l'amélioration a été progressive, mais s'est manifestée avec une lenteur presque désespérante. C'est ainsi que, en août 1909, c'est-à-dire *neuf mois après l'opération* le mouvement d'extension de la main ne permettait pas encore de mettre cette dernière dans le prolongement de l'avant-bras.

Depuis cette époque, j'avais perdu ce malade de vue lorsque, ayant eu l'occasion de le revoir ces jours-ci, c'est-à-dire plus de *deux ans* après l'intervention, j'ai été agréablement surpris de constater qu'il avait recouvré d'une façon à peu près intégrale les mouvements qui lui manquaient.

Comme vous pouvez le constater, l'extension de la main sur le poignet est aussi étendue à droite qu'à gauche. Il ne persiste plus qu'un peu de paresse des mouvements d'abduction du pouce et d'extension

de l'annulaire et de l'auriculaire. La sensibilité est intacte, sauf une très légère hypoesthésie sur la face dorsale de la première phalange du pouce et de l'index.

Les muscles ont repris leur volume à peu près normal. La force musculaire a notablement augmenté.

L'examen électrique, pratiqué avec soin par M. Maisonnet, a donné les résultats suivants:

Il n'existe pas de modifications de l'excitabilité électrique du nerf radial.

Il n'existe pas de réaction de dégénérescence des muscles innervés par ce nerf.

Il persiste cependant une légère diminution de la contractilité galvanique, en particulier des muscles suivants:

Longue portion du triceps.

Vaste externe.

Extenseur propre du petit doigt.

Les détails de l'observation ci-dessus me dispensent de me livrer, à son sujet, à de longs commentaires. Elle m'a paru mériter quelque intérêt en raison de la nature du traumatisme (écrasement du nerf radial par coup de feu à plombs) et de l'état de dégénérescence avancé du bout inférieur trouvé à l'intervention.

C'est vraisemblablement à l'étendue de cette dégénérescence qu'il faut attribuer la lenteur extraordinaire avec laquelle l'amélioration s'est manifestée.

Si l'on en croit le blessé, cette amélioration s'accuserait même encore à l'heure actuelle, d'une façon infime, mais certaine.

Brûlure des os du crâne par électrocution. Trépanation et greffe par glissement.

M. Quénu. — Je vous présente ce jeune malade qui a été la victime d'un accident extrêmement rare. Un soir de fête, en décembre dernier, il s'était mis à grimper au haut d'un pylône qui supportait les fils conducteurs d'énergie électrique, lorsque, arrivé à 10 mètres, le sommet de la tête toucha les câbles; il perdit immédiatement connaissance. On le releva et on l'apporta à l'hôpital Cochin. Nous constatâmes l'existence d'une fracture de cuisse et, de plus, une brûlure circulaire au sommet de la tête, brûlure sèche, noire, intéressant la peau et le crâne qui était blanc, sec, avasculaire, comme on put s'en assurer par une incision des parties molles.

Nous eûmes le tort de ne pas intervenir de suite, et ce n'est que

plusieurs mois après que nous intervînmes avec l'instrumentation de de Martel. Nous avons enlevé l'os brûlé en passant en tissu sain tout autour de la perte de substance, puis nous avons comblé la perte de substance à l'aide d'un large lambeau par glissement, dont nous avons amené la surface cruentée au contact de la dure-mère. La petite plaie triangulaire persistante se trouva ainsi en dehors des limites de la brèche cranienne. Je pense qu'en pareil cas, l'indication est d'exciser de suite toutes les portions brûlées, os et parties molles. L'observation complète sera, du reste, prochainement publiée dans la *Revue de chirurgie.*

M. Arrou. — J'ai observé un cas qui n'est certes pas identique à celui de M. Quénu, mais peut, jusqu'à un certain point, être rappelé ici. Il s'agit d'une dame qui, à la suite de séances radiothérapiques, eut une brûlure du cuir chevelu et des douleurs atroces. C'est pour ces douleurs-là que je consentis à l'opérer. Il existait sur le crâne des bourgeons charnus, une zone suppurative et rien de plus, du moins à la vue. Car, au cours de mon intervention, je trouvai un os dénudé, couleur café au lait, manifestement mort. Avec une gouge à marteau, je fis sauter la table externe, rien que la table externe, dans toute l'étendue malade, et la guérison de l'os et des parties molles se fit très simplement, en même temps que disparaissaient les douleurs.

M. J.-L. Faure. — J'ai vu, il y a deux ans, à Saint-Raphaël, un malade qui rappelle beaucoup celui de M. Quénu. Sa tête avait touché, au moment où il montait sur un toit, un câble électrique. Il avait été foudroyé, on l'avait cru mort pendant deux ou trois heures. Quand je l'ai vu, assez longtemps après, il avait au niveau du front une plaie arrondie, au fond de laquelle on voyait l'os frontal nécrosé. Je crois que la guérison est survenue spontanément et que l'os s'est éliminé par exfoliation insensible. Je pourrai avoir des nouvelles de ce malade Mais, au point de vue des lésions, il rappelle tout à fait celui de M. Quénu.

M. Quénu. — Il s'agit, dans mon cas, de lésions anatomiques différentes de celles auxquelles M. Arrou a fait allusion.

M. Perier. — J'ai vu jadis, dans le service de mon collègue Peyrot, à Lariboisière, un malade qui, électrocuté, avait eu une mortification totale du cuir chevelu, une destruction absolue des parties molles, laissant voir une surface blanche qui n'était autre que le tissu osseux lui-même du crâne. Je rappelle seulement ce fait; l'observation appartient à M. Peyrot.

M. Lucas-Championnière. — J'appuie ce qu'ont dit quelques-uns de nos collègues. On applique volontiers l'appellation de brûlures électriques aux lésions des tissus déterminées par l'électrocution. Il faut qu'on sache bien que cette appellation ne doit pas faire comprendre que les brûlures et les lésions de l'électrocution sont identiques. Malgré le mot communément employé, les lésions d'électrocution sont toutes différentes des lésions de brûlures.

M. Mauclaire. — Il y a, en effet, des troubles trophiques très étendus dans ces cas de brûlures électriques. J'en ai observé plusieurs exemples au niveau de la main, et je les ai publiés dans la thèse de M. Silva (Paris, 1896). Aussi, il n'est pas étonnant de voir survenir ultérieurement de la nécrose assez étendue des os du crâne, dans les cas semblables à celui rapporté par M. Quénu.

Lecture.

M. Hallopeau, chef de clinique à la Faculté, lit une note sur un cas de *suture circulaire de l'artère fémorale après résection pour plaie par balle de revolver*, et présente le malade.

Le travail de M. Hallopeau est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Pierre Delbet est nommé rapporteur.

Présentations de pièces.

Amputation ostéoplastique de l'extrémité inférieure du fémur pour sarcome du tibia.

M. Walther. — J'ai l'honneur de vous présenter les radiographies d'une jeune femme de vingt-sept ans que j'ai amputée le 14 octobre dernier pour un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia.

La section du fémur a porté sur la partie supérieure des condyles et j'ai appliqué sur la section osseuse la moitié antérieure de la rotule sectionnée verticalement et transversalement, suivant le procédé de Gritti. Mais cette application de la plaque rotulienne, a été maintenue, sans clou, sans suture osseuse, par de simples

sutures au catgut passées dans les parties molles, périoste, aponévroses profondes, ligament rotulien.





Le résultat a été très bon. La malade aujourd'hui marche bien, s'appuyant sur le moignon. J'aurais voulu vous la présenter ; mais elle est retournée en province, et je ne puis vous donner que les radiographies qui montrent la bonne soudure de la plaque rotulienne à la section du fémur.

Amputation ostéoplastique du fémur pour sarcome du tibia.

M. Walther. — Je vous présente une pièce provenant d'une amputation de cuisse que j'ai faite ce matin.

Il s'agit d'un sarcome périostique de l'extrémité supérieure du tibia.

Le malade, âgé de vingt-trois ans, est entré dans mon service à l'hôpital de la Pitié, le 6 février dernier. La tumeur, nettement périostique, siégeait à l'extrémité de la diaphyse tibiale sur la face externe de l'os.

Je tentai, le 17 février, de faire une ablation de la tumeur avec résection partielle du tibia. Mais, après avoir enlevé deux lobes saillants, je dus m'arrêter, reconnaissant l'impossibilité d'une résection partielle en présence des prolongements qui s'étendaient vers le ligament interosseux, dans les muscles et vers la partie interne du plateau tibial.

Le malade, qui s'y était tout d'abord refusé, accepta enfin l'amputation de cuisse.

L'opération a été pratiquée ce matin ; voulant faire une opération ostéoplastique et utiliser pour cela la rotule, voulant, d'autre part, éviter l'ouverture du genou à cause d'une masse de sarcome qui s'était récemment développée sur la face interne du plateau tibial et remontait sous le ligament latéral interne, j'ai pu réaliser ces deux indications de la façon suivante :

Incision circulaire de la peau à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule. Dissection de la manchette jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la rotule. Libération au bistouri de la partie superficielle des bords et de la pointe de la rotule. Section de la rotule parallèlement à la face antérieure. Dissection du tendon du droit antérieur, en mordant un peu sur le tendon pour ne pas ouvrir l'articulation, jusqu'au-dessus du cul-de-sac sous-tricipital. Section du fémur à 14 centimètres au-dessus de l'interligne.

Comme vous pouvez le voir sur la pièce, l'articulation n'a pas été ouverte, et j'ai pu avoir cependant une bonne plaque rotulienne de 4 centimètres sur 5 à appliquer sur la section du fémur.

Cette plaque, je l'ai fixée, comme dans le cas que je vous ai présenté tout à l'heure, non par enclouage ni par suture osseuse, mais simplement par une série de points de catgut passés au travers de l'épais périoste rotulien et des muscles qui ont été ramenés ainsi et fixés au pourtour de la rotule.

Je me réserve de revenir sur cette observation que je vous donnerai complète et sur la technique de l'opération.

Je désirais aujourd'hui vous présenter la pièce fraîche et indiquer ce procédé qui peut, en certains cas, rendre, je crois, grand service en évitant toute infection, toute inoculation de la plaie opératoire par le contenu de l'articulation, tout en permettant de garder l'excellente plaque rotulienne pour garnir l'extrémité du fémur.

Le secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 MARS 1911

Présidence de M. Jalaguier.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Perier. — Au nom du Dr Charles Julliard, privat-docent de chirurgie, à Genève, fils de notre associé le professeur Julliard, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau une observation de kyste volumineux intra-cranien sous-dural, consécutif à un traumatisme subi à l'âge de deux ans par un enfant âgé aujourd'hui de douze ans.

Ce kyste, accompagné d'épilepsie jacksonienne et faisant obstacle au développement du cerveau, fut traité par la trépanation et des ponctions répétées à intervalles de plus en plus espacés. Une amélioration s'en est suivie.

A cette observation, le Dr Charles Julliard, en vue d'une candidature au titre de correspondant étranger, a joint une liste de ses travaux nombreux et intéressants.

La communication de M. Julliard est renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. Auvray est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la péricardotomie.

M. Rochard. — Messieurs, je n'aurais pas pris la parole pour clore la discussion sur la péricardotomie, tous les orateurs n'ayant fait que confirmer mes conclusions, si l'un d'eux, M. Souligoux, n'avait été d'un avis opposé à M. Jacob et au mien sur le drainage du péricarde.

Notre collègue estime qu'il est préférable de mettre un drain dans le péricarde et s'appuie sur une observation de M. Gilsen, qui, adoptant cette manière de faire, a eu un succès.

Je persiste néanmoins dans mon opinion et j'estime que le drainage ne convient pas à la chirurgie du cœur et de son enveloppe.

M. Faure est venu lui-même nous dire ici ce que nous avions pressenti en lisant son observation, que son malade était mort infecté et qu'il mettait cette infection sur le compte du drainage.

Mort aussi le malade de M. Bérard, de Lyon, qui avait été drainé, et si des péricardites nous passons au traitement des plaies du cœur, nous constatons que presque tous ceux auxquels on a placé un drain sont morts, et que les succès sont pour ceux qui s'en sont abstenus.

Quant à la suture du péricarde, j'agirai comme M. Jacob. Je ne la ferai pas, d'abord pour ne pas exposer le péricarde à la rétention d'un nouvel épanchement qui produirait de nouveau les mêmes accidents. Un des avantages de l'incision sur la ponction, c'est la brèche large faite au péricarde, qui permet d'abord l'évacuation complète et qui ensuite permet au liquide de s'écouler et d'être résorbé dans l'espace prépéricardique.

M. Souligoux craint la formation d'une ostéite tuberculeuse à cause du contact du liquide péricardique, se basant sur ce qu'il a vu se passer sur les côtes dans les épanchements pleuraux bacillaires.

Jusqu'ici ce n'est là qu'une simple hypothèse, je ne connais pas de cas d'ostéite tuberculeuse causée par une péricardite de même nature, et cela serait-il que, du moment que M. Souligoux met un drain dans le péricarde, il laisse la porte ouverte à l'agent tuberculeux et les contaminations possibles des parties environnantes.

Enfin en terminant, je dirai à Guinard, qui nous demande des signes pouvant faire faire le diagnostic certain de péricardite avec épanchement, qu'il les trouvera fort bien développés dans la communication de M. Delorme, mais que ni l'augmentation de la

matité, ni la fréquence des pulsations, ni le pouls paradoxal, ni l'augmentation de l'ombre du cœur à l'écran, ne sont des signes sûrs; et qu'importe, du reste, il y a un malade qui asphyxie, dont les extrémités se refroidissent, dont le cœur comprimé ne peut plus suffire à sa tâche, ce ne sont plus les jours, ce sont les heures qui sont comptées, il n'y a rien à perdre, il faut y aller voir et comment, avec une opération délicate c'est vrai, mais qui peut être faite avec l'anesthésie locale et qui du coup peut sauver le malade. Il faut donc la faire, car avec le diagnostic elle apporte le salut.

M. Souligoux. — Si je persiste à n'être pas de l'avis de MM. Jacob et Rochard, c'est que je crois qu'il est grave de laisser un liquide tuberculeux s'infiltrer dans tous les plans celluleux avoisinant le péricarde. J'ai vu en effet un abcès froid du thorax, développé au point où l'on avait fait la ponction d'une pleurésie tuberculeuse, et récemment l'on a signalé des abcès tuberculeux aux points où l'on avait injecté, sous un prétexte d'autosérothérapie, du liquide provenant de plèvres tuberculeuses.

Mais si je suis de son avis, au point de vue du drainage en général, que je ne fais que dans des cas exceptionnels et que je déconseille dans les plaies du cœur et du péricarde et même dans les plaies de poitrine en général, je ne le suis plus pour le cas présent et je conseille de mettre un drain. Mais pour parer aux dangers du drain : entrée continue de l'air dans le péricarde, infection secondaire, je conseille de fermer ce drain et de ne le rouvrir que si le liquide s'est reproduit en quantité suffisante. Sans doute, comme le dit M. Rochard, du liquide peut filtrer le long du drain, ce qui est un bien, et si le trajet du drain peut s'infecter de tuberculose, il vaut mieux qu'un simple trajet soit pris que de voir tous les espaces celluleux péripéricardiques être envahis par la tuberculose.

M. Mauclaire. — Il n'est pas exact de dire que seules les plaies du cœur qui n'ont pas été drainées ont guéri. Dans une statistique récente de Salomoni et portant sur plus de 150 cas, la moitié des cas guéris avaient été drainés.

M. Rochard. — Je répondrai de nouveau à M. Souligoux, qu'i est bien probable que le liquide du péricarde incriminé passera entre le drain et la plaie péricardique, et que s'il doit y avoir inoculation elle pourra avoir lieu; mais à mon avis j'estime que la non suture du péricarde a un autre but que celui d'une sérothé apie, c'est celui d'empêcher l'épanchement de se reformer sou

pression dans le péricarde et de produire de nouveaux accidents de compression.

Quant au drainage dans la suture des plaies du cœur, c'est une autre question ; mais malgré la statistique invoquée par M. Mauclaire, je continuerai à penser qu'il ne faut pas, sauf cas exceptionnels, mettre un drain dans le péricarde.

Sur la pharyngotomie.

M. Pierre Sebileau. — Mes amis Picqué, Faure et Savariaud ont pris la parole dans la dernière séance à propos de la pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

Si M. Faure a bien compris ma pensée, il semble bien que MM. Picqué et Savariaud se soient mépris sur le sens des termes par lesquels j'ai terminé ma communication. A lire ce qu'ils ont écrit, on pourrait croire que j'ai opposé la pharyngotomie rétro-tyroïdienne à l'œsophagotomie externe et donné la préférence à la première en raison de la méconnaissance où je serais des avantages et des facilités de la seconde.

Je tiens donc à rétablir les faits. J'ai pratiqué une douzaine de fois l'œsophagotomie externe. D'autre part, je n'ai extrait que deux corps étrangers par la pharyngotomie rétro-thyroïdienne. Je connais donc assez bien la première et, par contre, n'ai pas de la seconde une expérience clinique suffisante pour penser, et encore moins pour dire, que celle-ci doit être substituée à celle-là.

Voici dans quel sens il faut comprendre ma communication.

J'ai dit et je répète que, dans la très grande majorité des cas, l'œsophagoscopie permet l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles, mais qu'elle reste quelquefois infructueuse, qu'elle doit, en tout cas, rester quelquefois infructueuse si on veut qu'elle demeure toujours inoffensive.

Donc, il est des cas où il faut avoir recours aux voies chirurgicales. Ces voies sont au nombre de deux. L'une est connue depuis longtemps; nous l'avons tous pratiquée; nous en connaissons tous les avantages et les difficultés : c'est l'œsophagotomie externe. L'autre est une voie que nous avons baptisée et jalonnée, Quénu et moi, mais qui, jusqu'à ce jour, n'a été suivie, je crois, que par nous et Rouvillois : c'est la pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

Nous avons essayé, je le répète, de bien régler cette dernière opération et je crois que nous y sommes arrivés. C'est une intervention très facile et bénigne. A ces avantages, elle joint celui de pouvoir être, grâce à un simple allongement inférieur de l'inci-

sion tégumentaire, transformée en œsophagotomie externe si l'on prend soin, ainsi que je l'ai fait, d'opérer à gauche.

Je demande à mes collègues d'essayer cette pharyngotomie rétro-thyroïdienne, le cas échéant. Et quand nous aurons, par devers nous, quelques observations, alors, mais alors seulement, nous pourrons faire entre les deux opérations une comparaison utile et porter un jugement que je n'ai pas voulu porter et que je n'ai pas porté. Pour le moment, il me semble que MM. Picqué et Savariaud font un raisonnement clinique défectueux, en dressant chacun contre la pharyngotomie rétro-thyroïdienne, sans l'avoir jamais pratiquée, l'argument un peu maigre d'une seule œsophagotomie externe heureuse.

M. Picqué. — Les explications complémentaires de mon ami Sebileau sont tout à fait satisfaisantes.

Dans mon cas unique, de dentier enclavé, j'avais montré l'avantage de la voie directe sur la voie indirecte.

Mais si l'on peut dans les cas auxquels j'ai fait allusion transformer une opération dans l'autre, alors toute prévention doit tomber et l'on n'a plus qu'à se rallier à une opération dont nos collègues Quénu et Sebileau ont fixé la technique et qui est évidemment plus facilement exécutable que l'incision de l'œsophage.

Trépanation pour décompression.

M. J. Lucas-Championnière. — Après le remarquable rapport de M. Auvray et le commencement de la discussion sur la décompression cérébrale, il y aurait bien des points à discuter. Je me limiterai à quelques faits de pratique, que j'ai fait connaître depuis longtemps puisque j'ai préconisé le premier les opérations de décompression cérébrale. Je crois ces considérations d'autant plus importantes que si dans le cas étudié par M. Auvray il s'est agi d'un fait très particulier, il est absolument impossible de différencier de ces opérations pour tumeurs inopérables un grand nombre d'autres qui peuvent donner d'excellents résultats thérapeutiques, souvent sans avoir été indiquées par autre chose qu'un appareil symptomatique qui montre une tension intra-cranienne considérable, sans permettre de déterminer d'une façon bien précise la lésion à laquelle on doit remédier. A cet égard, pour ces sortes d'opérations, nous n'apportons pas une indication essentiellement différente de celles qui ont pu faire agir les sauvages qui ont fait la trépanation bien des milliers d'années avant nous.

Le premier fait intéressant que l'on ait discuté est celui de la

gravité de l'opération de décompression. Il est bien certain que l'ouverture du crâne en elle-même ne constitue pas une intervention bien grave, quand elle est faite avec les précautions suffisantes et avec une instrumentation appropriée. Toutefois, si les lésions cérébrales sont très étendues, si elles sont de très grandes surfaces, il faut bien savoir qu'elles peuvent devenir très dangereuses. J'ai vu, à plusieurs reprises, des chirurgiens peu coutumiers de la chirurgie cérébrale s'engager dans ces opérations en en affirmant la grande bénignité, et l'on fut très surpris de voir la mort survenir rapidement, avec ces élévations rapides de température qui ne sont pas du tout en rapport avec des phénomènes d'infection. Ce n'est pas une raison pour ne pas faire une opération comportant une gravité considérable. J'en ai fait ainsi *in extremis*, mais il faut les faire en connaissance de cause et non sous prétexte de bénignité.

J'ai toujours soutenu pour ces opérations la nécessité de les faire très larges. Il y a non seulement insuccès dans la thérapeutique faite par une ouverture trop étroite, mais un danger que j'ai indiqué depuis longtemps. J'ai vu des opérations trop économiques déterminer des accidents graves, surtout des douleurs, chez des sujets à grande tension intra-cranienne.

Ces différents points établis, je tiens à faire remarquer que je comprends la décompression cérébrale d'une façon tout à fait différente de celle acceptée à l'heure actuelle. J'en serais infiniment plus généreux.

Il est très bien sans doute, en présence d'un sujet qui a des signes manifestes de tumeur cérébrale indéterminée marchant vers la cécité, de le soulager. Pour ma part, je n'ai pas hésité à le faire même chez des sujets voisins de l'agonie, et auxquels on ne pouvait faire espérer que quelques journées de soulagement.

Tel fut un homme que j'opérai en janvier 1890 : douleurs atroces, crises épileptiformes, troubles oculaires, et qui ne survécut que quatre jours à son opération, mais *toutes les douleurs étant absolument disparues.*

Il avait une tumeur considérable de la base du crâne.

Ces sortes d'opérations, même *in extremis*, doivent être tentées car elles donnent aussi des résultats plus complets. On voit des sujets guérir ou résister un temps considérable, toutes douleurs disparues, quelquefois avec la vision revenue.

Il est fort possible que si j'avais vu plus tôt le sujet de cette opération, j'aurais pu modifier d'une façon importante l'évolution de sa tumeur et en particulier celle de sa vision.

Cette réflexion est d'autant plus nécessaire que si nous pouvons bien déterminer l'indication de l'opération pour les phénomènes

douloureux, vertiges, troubles de la marche, etc., etc., qui caractérisent la tension intra-cérébrale, nous ne pouvons guère en préciser les causes, dont certaines peuvent être profondément modifiées par la décompression. Je pourrais citer en exemple un sujet chez lequel des vertiges extraordinaires, des douleurs craniennes intolérables, m'ont amené à faire une large trépanation, il y a plus de dix ans. Je viens de le revoir. Il est resté pendant ces dix années parfaitement bien portant, travaillant, et à l'heure actuelle il est malheureusement atteint de lésions cardiaques qui m'ont empêché de l'amener pour vous le présenter. Je ne pourrais encore dire la lésion à laquelle la trépanation a remédié à coup sûr.

C'est, en effet, que la décompression cérébrale joue un rôle énorme dans les phénomènes de la circulation cérébrale.

On conçoit que la décompression puisse déterminer dans les lésions du cerveau d'extraordinaires transformations, et si ces lésions sont réparables, que l'encéphale soit mis en très bonne condition de réparation.

C'est le fait que j'ai cherché à mettre en relief dès mes premières opérations (voir mon mémoire de 1888).

J'ai montré que des lésions de l'encéphale dont la nature n'était guère déterminée : encéphalite, méningites spécifiques ou non spécifiques, pouvaient être modifiées au point d'amener la disparition des phénomènes graves caractéristiques de la tension intracérébrale qui avaient amené à pratiquer l'ouverture du crâne.

En passant, je vous rappellerai que j'ai signalé le succès que j'ai obtenu de la décompression cérébrale dans la syphilis et qui peut se dire en deux mots. Des sujets présentant des accidents que jamais le traitement spécifique n'avait modifiés, ont été trépanés en pleine tension cérébrale. Après l'opération, le traitement mercuriel et ioduré a été repris et les sujets ont été guéris, ou tellement améliorés qu'un contraste était frappant avec l'insuccès du traitement avant la trépanation.

C'est précisément à cause de l'efficacité de ces interventions dans les cas graves dans lesquels la mort ne menace pas qu'il est fort important de bien établir la gravité de l'opération pour décompression cérébrale.

Eh bien, la gravité intrinsèque de cette opération est très faible, à la condition qu'elle soit faite suivant une technique prudente et que le chirurgien soit par exemple bien assuré contre les phénomènes d'infection secondaires, s'il draine primitivement, ou si malgré lui il draine secondairement.

Sur la technique des opérations de décompression il y aurait quelques remarques à faire.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il faut ouvrir la dure-mère, s'il faut l'exciser, la retourner et s'il faut drainer.

J'ai sur ces différents points une opinion bien arrêtée.

En ce qui concerne l'utilité d'ouvrir la dure-mère il n'y a pas d'hésitation à avoir. Pourrait-on, pour n'avoir pas un résultat trop brusque, faire l'opération en deux temps? J'avoue que je n'y vois pas grand avantage. Toujours lorsque les phénomènes de tension cérébrale sont importants on ne peut espérer les modifier sérieusement, complètement, sans ouvrir la dure-mère. J'ajoute que la dure-mère étant ouverte il faut ouvrir les méninges jusqu'à la surface cérébrale. Si on ne le fait, on n'aura que peu ou point d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. J'ai souvent vu l'amélioration des sujets succéder à des écoulements très abondants.

Ces écoulements prennent quelquefois des proportions énormes. L'un de mes premiers opérés pour vertiges et douleurs avait eu un écoulement séreux tellement abondant, qu'au lendemain de son opération son oreiller et son matelas étaient complètement traversés, et cependant la tête était enveloppée d'un énorme casque de ouate de tourbe qui avait absorbé une quantité de liquide considérable.

Lorsque la dure-mère a été incisée il ne me paraît pas utile de la suturer. Du reste dans les cas où l'opération est bien indiquée, la tension intra-dure-mérienne est telle que l'on ne pourrait pas faire cette réunion.

Mais il est bon de laisser les lambeaux de dure-mère appliqués sur le cerveau, parce qu'il y a de grands avantages à ce que ce cerveau ne contracte pas d'adhérences directes avec le péricrane. Le procédé qui consiste à relever les lambeaux pour doubler l'orifice osseux me paraît à cet égard chose déplorable.

Dans des opérations complexes ou dans des réopérations secondaires, j'ai vu que ces adhérences du péricrane à la substance cérébrale étaient souvent cause d'accidents sérieux.

En ce qui me concerne, j'ai toujours pratiqué le drainage pour ces sortes d'opérations. Il me paraît d'importance capitale. Je crois qu'il ne peut être fait avec cette constance qu'avec la protection d'un pansement antiseptique très bien fait. En tous cas, il est fort pratique ainsi, car je n'ai jamais vu de ce fait une infection secondaire quelconque. Il faut toutefois attacher une grande importance à drainer à distance de la surface cérébrale, car le contact du drain et de la substance cérébrale peut amener des accidents qui se dissipent du reste aussitôt ce contact supprimé. Un point qui me paraît tout à fait important pour les opérations de décompression, c'est la pratique des opérations successives.

En effet, dans un bon nombre de cas les phénomènes de tension

se rétablissent; et faire de nouvelles opérations peut rendre de grands services. J'ai fait au début trois et quatre opérations successives qui m'ont donné les meilleurs résultats et amené la cessation définitive des accidents chez des sujets chez lesquels une première opération avait soulagé, mais sans donner un bien-être persistant.

Je suis convaincu de l'importance de ces opérations successives et de la nécessité qu'il y aurait de les instituer en certains cas. Je signalerai en particulier celui de certaines épilepsies. Lorsqu'une première opération a donné un soulagement qui ne s'est pas maintenu, il y aurait lieu d'y revenir. J'ai montré le fait plusieurs fois. Mais j'ai trouvé une si parfaite mauvaise volonté des médecins à l'époque ancienne à laquelle j'ai fait toutes ces tentatives, qu'il m'a été impossible de pousser assez loin. Aujourd'hui, vous aurez plus de chance de trouver quelque bonne volonté parmi eux pour continuer ces interventions.

Il faut bien savoir en effet que rares ont été les médecins qui ont bien accueilli ces sortes d'interventions. M'appuyant sur les succès que j'avais obtenu dans la syphilis cérébrale, sur ceux au moins très prolongés obtenus pour certaines formes de paralysie générale d'origine traumatique, j'aurais voulu tenter la décompression cérébrale sur quelques paralytiques généraux au début. Je n'ai jamais pu obtenir de mes collègues l'occasion de cette intervention.

Je termine en donnant une indication relative à la technique. Je ne crois pas beaucoup à l'importance qu'il y aurait à ouvrir le crâne en tel point plutôt qu'en tel autre, pourvu qu'on l'ouvre largement et vers la voûte cranienne.

Toutefois, si l'on n'a pas de raison de toucher aux centres moteurs il faut autant que possible les éviter. Je sais bien qu'il devient de mode d'en faire fi. Mais leur importance ne saurait faire de doute, et j'ai vu des opérateurs faire des paralysies qui ajoutaient aux misères du malheureux opéré sans qu'il y ait eu aucune utilité à compromettre les centres moteurs. S'il n'y a pas d'indications à les comprendre dans la trépanation, il faut les éviter.

M. Broca. — La communication de M. Lucas-Championnière met la question sur un terrain que je ne crois pas le bon. Elle a trait avant tout et surtout à des faits qu'il interprète dans le sens de la compression cérébrale, ce qui est une opinion, mais dont la démonstration n'est pas nette ; je dirai même qu'à mon sens il est peu probable que chez les épileptiques les accidents soient dus à la compression cérébrale. Par exemple il attribue à la décompression la cure de certaines céphalalgies tenaces : on pourrait

aussi bien admettre qu'on a enlevé un os atteint d'ostéite névralgique. Mais je ne veux pas discuter cette doctrine, à propos de laquelle je pense avec M. Championnière que nous allons à peu près aussi à l'aveugle que les sauvages.

Mais il est un groupe de faits sur lequel nous commençons à avoir quelques notions un peu plus précises, c'est celui des tumeurs cérébrales, et de celles-là seulement je veux parler. Ici, on ne peut dire qu'il s'agisse d'une compression « en large surface »; les accidents sont dus à une véritable compression excentrique, cellulaire pour ainsi dire, par hydrocéphalie aiguë, mettant en tension tous les espaces lymphatiques dans un crâne inextensible. Si alors, *dans le cas de tumeur seul envisagé ici*, on ouvre la dure-mère, cette compression excentrique met au dehors le cerveau déchiré; la moitié d'un hémisphère se vide ainsi en quelques minutes. Dites que vous voulez risquer cet accident dans l'espoir de trouver une tumeur bénigne, fort bien; mais si vous voulez faire, de parti pris, une trépanation décompressive, n'ouvrez pas la dure-mère. Et alors, pour ces malades, je ne crois pas que l'on puisse dire avec M. Lucas-Championnière que mieux vaut opérer avant la cécité, pour la prévenir : car la névrite optique — c'est d'elle qu'il faut parler et non de cécité — est précisément un des symptômes qui nous font poser l'indication opératoire. A la période de stase, elle est curable; à la période d'atrophie, elle est incurable.

Après ces trépanations décompressives, je draine. De même quand j'ai résolu d'aller dans un deuxième temps à la recherche de la tumeur. Mon but est alors d'éviter que l'épanchement sanguin, inévitable, ne reproduise pendant quelques jours la compression à laquelle j'ai cherché à soustraire mon malade.

Si l'on pose ainsi la question, sur ce terrain très spécial et très limité, il est évident que bien des points sont encore obscurs — nous sommes cependant un peu plus avancés que les Iroquois.

M. Lagrange. — M. Lucas-Championnière a bien raison lorsqu'il nous dit que les sauvages nous ont montré la bonne voie en ce qui concerne la trépanation; les Arabes, les toubibs de l'Algérie, trépanent sans inconvénient et quelquefois à plusieurs reprises avec des instruments grossiers; mais nous faisons quelque chose que les sauvages ne savent pas faire : nous examinons le fond de l'œil et nous y trouvons des désordres papillaires qui ont une grande signification.

Ils indiquent qu'il existe un trouble dans la circulation encéphalique et qu'il existe en somme l'une de ces deux choses : *un néoplasme* ou *une inflammation*, et nous avons le moyen de savoir,

avant de trépaner, lequel de ces deux processus est en jeu. Ce moyen, c'est la ponction lombaire.

Quand le liquide sort transparent avec une force anormale, il s'agit d'un néoplasme.

Quand il s'agit au contraire d'une inflammation, le liquide céphalo-rachidien sort avec sa tension ordinaire, et, chose capitale, ce liquide contient des éléments inflammatoires ou infectieux.

Je crois qu'avant de recourir à la trépanation, très indiquée en effet dans les tumeurs du crâne, il convient de faire la ponction lombaire et d'étudier les conditions dans lesquelles se présente le liquide céphalo-rachidien.

M. J. Lucas-Championnière. — Je ne puis laisser passer sans une réflexion ce que vient de dire M. Broca sur la nécessité de limiter la décompression au traitement des tumeurs énormes et inopérables, et sur le délit d'opinion qu'il me reproche. Je n'ai aucune opinion sur le mécanisme utile de la décompression. C'est lui qui en exprime une. Il a une théorie de cette action. Moi je n'en ai pas. Je me suis contenté de constater cliniquement de nombreux faits et je les ai toujours vus converger dans le même sens : une action perturbatrice extraordinaire sur les phénomènes de vitalité cérébrale, action telle que certaines lésions évidemment très importantes ont guéri sans que je puisse lui dire pourquoi. C'est pour cela seulement que je lui ai dit que nous n'étions probablement pas plus instruits de ce mécanisme et, pour cette interprétation, que les sauvages qui nous ont précédés dans cette pratique.

En ce qui concerne le cas de mon malade, à propos duquel j'ai dit que, prévenu plus tôt par ses troubles de vision, j'aurais pu obtenir un résultat plus favorable, il me dit qu'il n'en eût rien été. Non seulement il n'en peut rien savoir de plus que moi, mais les exemples ne manquent pas aujourd'hui de sujets qui ont complètement guéri de leur cécité, non seulement parce que leur tumeur guérissait mais aussi, quoique leur tumeur eût continué à évoluer. Ce fut là un résultat de décompression cérébrale qui pouvait dans mon cas se produire comme en d'autres exemples nombreux.

M. Broca n'ouvre pas la dure-mère et nous menace des accidents les plus graves à la suite de cette ouverture. Je veux bien que cet accident soit possible dans certains cas d'une gravité exceptionnelle. Il est possible aussi que la mort rapide menace après ces opérations pour cas très graves, sans aucune évacuation de la matière cérébrale, ce qui n'empêche pas de le faire. Mais je ne crois pas le fait très commun, au moins avec une opération bien conduite, car j'ai eu l'occasion d'ouvrir des crânes singulièrement

remplis par d'énormes tumeurs sans observer le fait. Mais en tous cas il ne m'empêcherait pas de faire cette ouverture de la dure-mère, parce que j'estime que dans les cas de grande tension intra-cranienne dans lesquels la décompression est indiquée, le fait de ne pas ouvrir la dure-mère est un fait d'insuffisance opératoire manifeste et, si on veut obtenir de la méthode ce qu'elle peut donner, il faut systématiquement la réaliser complète.

M. Guinard. — Depuis que je suis chef de service à l'Hôtel-Dieu, je me suis trouvé en présence d'un grand nombre de malades atteints de troubles cérébraux. Il y a dans cet hôpital un courant extraordinaire qui amène des malades souffrant de maladies nerveuses, de tumeurs cérébrales, etc..., et cela est dû à la notoriété de Brissaud et de Ballet, qui s'intéressaient si spécialement à la neurologie. M. Sicard a continué pendant des mois à attirer à l'Hôtel-Dieu cette même clientèle. Tout ceci pour expliquer comment, en cinq ans, j'ai pu faire plus de craniectomies que je n'en avais fait en quatorze ans, d'autant plus que je succédais à mon maître, M. Lucas-Championnière, qui, lui aussi, avait une véritable clientèle cérébrale, si je puis dire.

C'est le résultat de mon expérience personnelle que je voudrais résumer en quelques mots.

Un premier point concerne le diagnostic. Tous mes malades avaient été étudiés avec le plus grand soin par Brissaud, Ballet ou Sicard, etc., et les troubles oculaires avaient été examinés par M. de Lapersonne. La radiographie avait toujours été faite par M. Malméjac ; bref, je pense que tous les moyens actuellement connus avaient été mis en œuvre pour le diagnostic.

L'impression qui m'est restée, c'est que la localisation cérébrale, aupoint de vue chirurgical, est un leurre. J'ai des faits dans lesquels on m'a localisé très nettement la tumeur en un point déterminé. J'ai pris les mesures voulues, j'ai largement craniectomisé à droite, au lieu indiqué, et à l'autopsie on a trouvé la tumeur du côté gauche. Une autre fois, malgré une localisation aussi précisée que la première fois, la craniectomie resta blanche. Ultérieurement, l'autopsie montra une tumeur pédiculée flottant dans un kyste du corps calleux. Peu s'en fallut que, même sur la table d'autopsie, cette tumeur échappât aux coupes en séries de l'encéphale.

J'en dirai autant de l'examen du fond de l'œil qui m'a paru donner des résultats contradictoires. Assurément, j'ai vu des faits du genre de ceux dont a parlé M. Lagrange.

J'ai opéré entre autres malades une jeune femme qui souffrait de céphalée intense et qui était devenue absolument aveugle. Après une

large craniectomie, elle recouvra la vue, et la céphalée disparut, mais pour combien de temps? Je n'ose pas le dire. Ces faits-là ne doivent pas être rares. On comprend d'ailleurs très bien que l'œdème de la papille doit indiquer de l'hypertension intra-cranienne; mais autre chose est de vouloir en tirer un élément diagnostique de la cause de cette hypertension et encore moins du siège de la lésion qui lui a donné naissance.

Après tous mes déboires relativement à la localisation de la lésion par les signes cliniques, j'en suis arrivé, avec M. Sicard, à accorder la plus grande importance, une importance primordiale, à un signe sur lequel on n'a pas appelé l'attention au cours de cette discussion, *la douleur localisée.* J'insiste sur ce signe qui, plusieurs fois, m'a conduit droit à la lésion, sans que j'aie eu besoin de prendre des mesures et de chercher la ligne rolandique ou le pied de telle ou telle circonvolution. Le malade indique le point où il souffre le plus, et ce point est celui où il a souffert dès le début de son mal. Le diapason appliqué en ce point exacerbe les douleurs et les rend intolérables. C'est là un signe qui, malheureusement, n'a pas toujours une netteté suffisante, mais lorsqu'il existe, c'est un signe à retenir, un signe de premier ordre. On ne saurait trop insister.

Je dirai en second lieu ce que je pense de la technique. Comme tout le monde, j'ai été émerveillé de l'instrumentation de M. de Martel quand elle nous a été présentée ici, et à la première occasion j'ai fait appel à l'amabilité de M. de Martel, qui a bien voulu venir faire une craniectomie dans mon service. Le résultat opératoire a été parfait, et je persiste à trouver qu'il y a dans cette instrumentation comme un grain de génie. Je la comparerais volontiers à l'uréthrotome de Maisonneuve, ou au thermocautère.

Cependant je l'ai abandonnée, et voici pourquoi. Elle nécessite plusieurs aides et il faut savoir s'en servir. La moindre faute d'un aide peut amener un arrêt brusque qui peut ne pas être sans inconvénient pour un instrument mécanique qui tourne à une vitesse vertigineuse. Actuellement je me borne à user du ciseau et du marteau pour les plus larges craniectomies, et avec l'aide de la pince gouge j'arrive à enlever deux volets osseux larges comme la paume de la main en dix ou quinze minutes. Je sais bien ce qu'on va me dire. Le marteau ébranle le cerveau. Mais en tenant le ciseau presque tangentiellement à la courbe cranienne, je peux affirmer qu'on atténue beaucoup cet ébranlement.

D'ailleurs, pensez-vous que cette fraise qui tourne à je ne sais combien de milliers de tours, ne produit pas une trépidation aussi nocive que mes quelques coups de marteau? Ce que je peux affir-

mer, c'est que mes plus beaux succès ont été obtenus avec ce minimum d'instrumentation.

Encore un mot de technique pour répondre à mon maître M. Championnière, qui nous dit qu'on doit toujours ouvrir largement la dure-mère après une craniectomie. C'est ainsi que je faisais à mes débuts. Mais par deux fois j'ai vu aussitôt après l'incision des méninges, le cerveau s'éviscérer invinciblement et venir former hors de la boîte cranienne une masse diffluente impossible à contenir. C'est tout à fait ce que vient de dire M. Broca. Mes deux malades sont morts rapidement, bien entendu. Et depuis ce temps-là je ne fais plus cette incision dure-mérienne qu'avec les plus grandes précautions. J'incise à petits coups, et ce n'est que lorsque j'ai bien vu le cerveau rester en place et n'avoir aucune tendance à faire hernie au dehors, que j'incise en croix en relevant les quatre lambeaux. Je crois qu'il est bon d'être prévenu de la possibilité de cet accident. J'ajoute que plusieurs fois j'ai fait à travers la dure-mère intacte une ponction ventriculaire pour extraire le liquide céphalo-rachidien et diminuer l'hypertension.

Reste le troisième point sur lequel j'ai un mot à dire. Quel résultat attendre de ces craniectomies?

On peut dire en principe que c'est une chirurgie décevante, quand il s'agit de tumeurs. Il est vrai qu'on peut tomber sur une tumeur bénigne, énucléable, sur un kyste, sur un abcès, et alors le résultat est si merveilleux qu'il donne du courage pour supporter les mécomptes de la majorité des cas. Pareille aubaine ne m'est jamais arrivée. C'est peut-être ce qui me rend si pessimiste.

Mais il faut bien savoir, ainsi que l'a très bien dit M. Championnière, que les opérés ne meurent pas d'infection. Et la preuve, c'est qu'il n'est pas d'opération plus bénigne que la craniectomie quand elle s'adresse à des malades comme les épileptiques, les syphilitiques, les paralytiques généraux au début.

J'ai opéré pour des épilepsies qu'on voulait traiter par la radiothérapie directement, c'est-à-dire sans qu'un écran osseux soit interposé entre la source des rayons X et la substance cérébrale.

J'ai opéré pour des syphilitiques, chez lesquels on voulait appliquer directement un médicament spécifique comme le 606, au contact de la substance encéphalique.

Je n'ai pas à donner ici le résultat de ces traitements qui sont encore en cours, mais je puis dire que jamais en pareil cas je n'ai vu le moindre accident infectieux ou autre. Je peux donc considérer la craniectomie large comme une opération bénigne.

Mais, je le répète, quand elle s'adresse aux tumeurs cérébrales, elle est particulièrement décevante, tant au point de vue des illusions qu'on peut se faire sur la valeur clinique des symptômes de

la localisation cérébrale qu'au point de vue de la mortalité opératoire.

M. Tuffier. — La question de la décompression palliative dans les tumeurs du crâne, si bien précisée par le rapport de notre collègue Auvray, me semble perdue de vue par les orateurs qui ont successivement envisagé l'épilepsie, les abcès du cerveau, même la méningite; c'est toute la chirurgie cranienne qu'il faudrait traiter. Je crois qu'il y a tout intérêt à revenir à notre point de départ si nous voulons mettre un peu de netteté dans notre discussion.

Je ne peux laisser sans protestation l'opinion de Guinard, qui affirme que *la clinique a fait une faillite complète* dans le diagnostic des tumeurs du cerveau ; j'accepte très volontiers que les erreurs sont fréquentes, j'ai opéré un malade chez lequel on m'a fait trépaner le pariétal droit, puis quelques semaines après, le pariétal gauche, pour chercher une tumeur qui, en fin de compte, siégeait dans le cervelet. Mais, si je ne m'en tiens qu'à mes observations personnelles, le nombre des faits dans lesquels la clinique médicale a pu localiser une tumeur, est supérieur à ceux dans lesquels une erreur a été commise. A cet égard les monoplégies ne m'ont jamais trompé. Je crois donc qu'il y aurait exagération à ne pas tenir compte très exact des signes de localisation précise.

Tout ce qui vient d'être dit, de cette décompression, par mes collègues, me semble pleinement confirmer ce que vous trouviez peut-être exagéré dans la dernière séance, quand je vous annonçais que tous mes opérés de décompression palliative avaient succombé dans l'année suivante, j'entends « cinq jours, trois jours, un mois, pendant lesquels le résultat fut parfait », puis les malades succombèrent.

Reste la *technique opératoire* dont nous n'avions pas parlé. J'ai été très étonné d'entendre Guinard nous dire qu'il était revenu comme instrumentation, au ciseau et au marteau, et qu'en dix minutes il enlevait ainsi les deux pariétaux. Je constate son habileté, mais je considère qu'un crâne dont le cerveau est hypertendu a tout désavantage à être martelé et à recevoir des chocs continus et répétés; pour ma part, j'ai toujours recours à la trépanation mécanique, peu m'importe qu'elle nécessite un aide de plus, puisque son seul rôle est de s'occuper de la machine, et que sa présence ne complique et ne compromet en rien la rapidité ou l'asepsie de mon opération. Je me suis servi du trépan « de Martel », mû par la machine de « Bercut »; il a bien le léger inconvénient de déraper facilement au début de l'attaque de l'os, mais il

n'en reste pas moins un instrument très précieux. Si d'ailleurs il me faisait défaut, je me servirais d'un trépan quelconque de préférence au ciseau.

Doit-on dans ces cas *ouvrir la dure-mère?* M. Championnière dit oui, M. Broca dit non ; et ce dernier ajoute qu'à ce moment « je risque le paquet » en allant chercher la tumeur ; je tiens à lui déclarer que je ne risque pas de paquet, que je ne risque même rien du tout. Je considère que l'ouverture du crâne sans l'ouverture de la dure-mère ne constitue qu'une décompression légère qui doit être souvent insuffisante. Aussi, chez tous mes malades, j'ai ouvert cette membrane fibreuse, et j'en ai profité pour explorer la surface du cerveau et chercher la lésion. Je ne vois donc pas où je fais courir un nouveau danger à mon malade. J'ai souvent vu une légère hernie cérébrale, et j'ai toujours eu soin de la protéger contre l'agression des aspérités osseuses en éversant la dure-mère à leur niveau ; si une éviscération cérébrale tendait à se produire, je ferais de suite une ponction lombaire, qui aurait des chances d'amener une hypotension cérébrale, et par cela même faciliterait la rentrée dans la hernie. Dans les seuls cas où j'ai craint un épanchement sanguin sous le lambeau cutané j'ai fait le drainage.

M. Quénu. — Je n'ai pas une très grande expérience des tumeurs cérébrales. Cependant j'ai dans ma pratique quelques faits.

Au point de vue du diagnostic je suis d'accord avec Guinard. Je crois aussi que la doctrine des localisations cérébrales ne repose pas sur une base sûre.

En ce qui concerne le traitement, je trouve à l'instrumentation de de Martel un avantage considérable. Je ne trouve pas indifférent l'emploi de la gouge et du marteau. S'il est des cas où un os mince peut aisément être perforé avec la gouge et le maillet, il en est d'autres où l'os épais nécessitera des coups violents et répétés qui ébranleront le cerveau.

M. Guinard. — Je me suis mal fait comprendre si on a pu croire que j'enlevais toute une calotte cranienne avec le ciseau et le marteau. En réalité, ces instruments ne me servent qu'un instant, pour faire une brèche par où je puisse insinuer le mors plat de la pince trépan ; tout le reste de l'opération se fait avec cette pince, qui arrache brutalement de larges segments osseux de 5 centimètres de diamètre et plus. Avec une bonne pince, la rapidité de la manœuvre est extraordinaire. Et je reconnais qu'on peut aussi bien faire le premier orifice d'entrée avec une couronne ordinaire ou avec une grosse fraise à main.

Autrefois, on enlevait des couronnes de tissu osseux, ou des volets, avec l'intention de les réappliquer ensuite pour obturer la brèche osseuse. Mais maintenant qu'on se propose surtout de faire de larges pertes de substance et qu'on se garde bien de remettre en place les volets osseux, il est inutile le plus souvent de conserver les fragments osseux qu'on enlève. Il n'y a donc aucune nécessité de faire des sections nettes et régulières, et la pince gouge reste un merveilleux instrument pour segmenter, sinon sectionner, la voûte cranienne. Je ne donne pas d'ailleurs ce procédé comme une nouveauté, mais je pense que si on l'avait un peu abandonné, on peut l'employer de nouveau pour faciliter et simplifier l'opération.

M. Quénu. — Si l'on craint que l'appareil de de Martel ne provoque une trop grande trémulation cranienne, on peut se servir de la fraise à main.

On n'est pas obligé absolument de supprimer l'os enlevé par la craniectomie. Un petit lambeau osseux, remis en place, n'empêchera pas la décompression de se faire. Le volet conservé peut s'écarter.

M. Broca. — Etant donnée une stase papillaire, M. Lagrange pose une sorte d'équation pour nous permettre de déterminer s'il s'agit ou non d'une tumeur : le liquide céphalo-rachidien, en cas de tumeur, sortirait sous pression par ponction lombaire ; or, cette appréciation de la pression me semble très sujette à caution ; s'il s'agit d'une lésion inflammatoire, on trouverait de la lymphocytose ; or, il y a des abcès du cerveau sans trace de lymphocytose.

Guinard a élargi un peu le débat en parlant de la valeur clinique de divers symptômes dits de localisation, et il croit à une faillite. Quénu aussi, ou à peu près ; Tuffier serait plus optimiste. Je crois qu'on n'a pas tenu assez compte de la période où en est le malade : les symptômes perdent à peu près toute valeur si les phénomènes d'hypertension ont commencé ; mais avant leur entrée en jeu, ils sont bien moins sujets à caution.

Je crois, comme Guinard, que la douleur fixe a une importance réelle. C'est grâce à elle que j'ai pu enlever avec succès la tumeur temporale droite dont je vous ai déjà entretenus. Et c'est Brissaud qui m'a dit : allez à la douleur, comme le soldat va au canon.

Je répèterai que je ne repousse pas de parti pris l'incision de la dure-mère. Je la crois mauvaise *en cas de tumeur*, soit pour les décompressions simples, soit pour le premier temps des opérations que dans un deuxième temps on veut pousser à fond.

Enfin, puisque le sujet a été abordé, je dirai que dans ces trépa-

nations décompressives je sacrifie volontiers l'os enlevé à la pince gouge. Il m'est arrivé de tailler des volets ostéoplastiques, mais souvent c'est une complication inutile.

M. LAGRANGE. — Je répondrai à M. Broca qu'il n'y a pas d'équation en médecine et en chirurgie et qu'à toutes les règles il doit y avoir des exceptions; je ne crois pas cependant qu'on puisse contester que le liquide céphalo-rachidien n'est pas le même dans le cas de tumeur cérébrale et dans celui de méningite.

Dans ce dernier ordre de faits l'examen cytologique du liquide révèle toujours l'existence de l'inflammation intra-cranienne. M. Broca parle d'un abcès du cerveau sans lymphocytose, mais c'était peut-être un abcès enkysté, sans communication avec le liquide céphalo-rachidien; en pareille circonstance le liquide reste ce qu'il est quand il s'agit d'un néoplasme, et la règle générale dont j'ai parlé n'en est pas moins respectée. D'autre part, il est bien certain que les méningites altèrent toujours gravement la constitution du liquide céphalo-rachidien et je ne pense pas que les chirugiens, avant de trépaner, puissent se priver du bon moyen de diagnostic que nous fournit la ponction lombaire.

Présentations de malades.

Fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe gauche, réduction par la méthode de Codivilla.

M. WALTHER. — Je vous présente un malade qui est entré dans mon service à l'hôpital de la Pitié le 28 octobre 1910. Monté sur une échelle, il était tombé d'une hauteur de 3 m. 80 et s'était brisé la jambe gauche, qui portait les traces d'un traumatisme très violent. Dans la chute, le malade le précise très nettement, la jambe gauche était fléchie sur la cuisse, le pied fléchi sur la jambe et en adduction.

Après la chute le pied était porté complètement en dedans, au point, dit le malade, que la semelle de sa bottine regardait directement en haut.

Le blessé, transporté d'urgence à l'hôpital de la Pitié, fut examiné par mon interne M. Phélip, qui constata l'existence d'une fracture compliquée (plaie à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe), avec déplacement considérable, torsion en dedans des fragments inférieurs; il intervint immédiatement,

débrida la plaie externe, fit une contre-ouverture à la partie interne, nettoya le foyer de fracture, réduisit difficilement et incomplètement les fragments et appliqua un appareil de Scultet.

Pendant plusieurs jours on essaya, sans résultat satisfaisant, d'obtenir la contention des fragments en bonne position en appliquant sur le pied un appareil d'extension, mais l'application en était difficile et, devant l'impossibilité d'arriver par cet appareil mal appliqué par suite du siège si inférieur de la fracture, à maintenir la réduction dans des conditions acceptables, je me décidai à essayer de l'extension par la méthode de Codivilla, par prise directe de traction sur la tige traversant de part en part le calcanéum.



L'intervention eut lieu le 5 novembre, sous l'anesthésie chloroformique. Je passai à travers le calcanéum une tige d'acier d'environ 25 centimètres de longueur, que je fixai par-dessus la gaze stérilisée qui entourait les orifices de pénétration de la tige. Une bottine plâtrée fut appliquée, laissant les orteils libres, mais destinée à soutenir le pied et à soulager, peut-être, le calcanéum dans l'effort de traction sur la tige.

L'appareil a été bien supporté, avec une traction qui fut progressivement, mais rapidement, élevée à sept kilos. Le foyer de fracture, laissé complètement libre pour le pansement, fut au début vérifié tous les trois ou quatre jours environ; il se répara dans de bonnes conditions, sans suppuration, mais assez lentement.

Le 4 janvier, la plaie est complètement cicatrisée, la consolidation semble très avancée.

Le 20 janvier, pendant la nuit, le malade est brusquement pris de douleurs, une sensation de cassure, dit-il. Dès ce moment il ne peut plus supporter aucune traction ; on cesse donc l'extension continue en maintenant encore l'appareil et la botte plâtrée pour soutenir le pied en bonne position.

Le 31 janvier, ablation de l'appareil et de la botte plâtrée. On



constate alors que la tige métallique est séparée en deux fragments qu'on enlève avec facilité chacun de son côté. La broche s'était bien rompue la nuit où le malade avait signalé cette sensation particulière, très nette de rupture.

L'appareil enlevé, on constate que le pied est en bonne position, l'axe du tibia prolongé passe entre le deuxième et le troisième orteil, l'articulation tibio-tarsienne enraidie mais mobile n'est pas douloureuse, les mouvements des orteils se font assez facilement. Il existe un peu de ballottement.

La consolidation, bien que très avancée, n'est pas encore complète.

Aujourd'hui, comme vous en pouvez juger, le résultat est satisfaisant, mais non parfait.

La radiographie nous montre un chevauchement léger du péroné, un déplacement peu accentué du fragment inférieur du tibia qui est resté un peu basculé en arrière.

Malgré ce léger déplacement, le pied est en bonne position, le calcanéum n'est pas douloureux, le malade commence à marcher, l'appui du talon sur le sol ne provoque aucune douleur.

Dans ce cas le traitement était particulièrement difficile, et la méthode de Codivilla a permis de réduire presque complètement un déplacement contre lequel toutes les tentatives avaient échoué.

M. Ombrédanne. — Dans un cas de fracture complexe, où j'avais besoin d'exercer une traction énergique sur le fragment inférieur et où des lésions cutanées m'empêchaient d'avoir recours aux procédés ordinaires, j'ai passé au-dessus du calcanéum, en arrière de l'astragale, en avant du tendon d'Achille, dans l'espace triangulaire sus-calcanéen par conséquent, une anse de très fort fil d'argent, qui fut fixée alors aux deux extrémités d'une baguette transversale. Je pus chez cette fillette appliquer sur ce point d'appui une traction de 4 kilos qui fut bien tolérée.

M. Quénu. — Il y a encore du chevauchement et l'appareil de Lambret l'aurait fait disparaître.

M. Moty. — J'ai toujours réussi, à moins de déplacements de fragments intermédiaires, à réduire les fractures de jambe par la flexion du genou à angle droit et même à angle obtus; on obtient ainsi le relâchement des muscles postérieurs, ce qui permet à la traction et à la contre-extension d'avoir toute leur efficacité.

Sarcome pédiculé du pharynx.
Extirpation par pharyngotomie sous-hyoïdienne.

M. H. Morestin. — Chez ce malade, j'ai pratiqué l'extirpation par la voie sous-hyoïdienne d'une volumineuse tumeur du pharynx. Il s'agit d'un cas fort exceptionnel, car le néoplasme, bien que de nature maligne et de dimensions relativement considérables, était implanté sur la paroi latérale du pharynx par un pédicule assez étroit.

Le malade, Désiré G..., paveur, âgé de cinquante-deux ans, est entré dans mon service salle Nélaton 12, à l'hôpital Tenon, le 30 novembre 1910. Il était alors dans le plus triste état, ne pouvant plus avaler que des liquides et encore avec une peine considérable, en proie à une dyspnée constante et menacé à chaque instant de périr dans un accès de suffocation. Le début apparent de la maladie remontait au commencement de l'année 1910; de cette époque en effet datent la dysphagie et les premiers troubles respiratoires sérieux, et les modifications de la voix, qui devint de plus en plus sourde, enrouée et rauque.

Depuis quelques semaines l'amaigrissement est progressif et même rapide. La difficulté de l'alimentation va croissant, les tentatives de déglutition sont fréquemment suivies de violentes quintes de toux, et de crises de suffocation.

Le cou paraît quelque peu élargi au niveau de la partie moyenne et inférieure du pharynx et de la partie postéro-supérieure du larynx. Au palper, on croit sentir une sorte d'empâtement profond en rapport avec ce léger changement d'aspect. On ne peut cependant reconnaître aucune masse ganglionnaire distincte; tous les tissus superficiels sont souples. Les mouvements de la tête et du cou s'exécutent aisément.

L'exploration du pharynx est facile; le sujet ouvre facilement la bouche, et la langue a conservé toute sa mobilité.

On constate dans le pharynx la présence d'une masse volumineuse, ulcérée, végétante, qui couvre l'orifice supérieur du larynx, et s'enfonce dans le pharynx. C'est à peine si l'on aperçoit en avant l'extrémité libre de l'épiglotte.

On ne distingue ni aryténoïdes, ni replis aryténo-épiglottiques; ni les gouttières pharyngo-laryngées. Tout est rempli par cette masse végétante, couverte dans toute sa partie accessible de détritus mortifiés, et saignant au moindre contact. Le diagnostic de tumeur maligne ne semble donc pas douteux. Il paraît certain en outre que cette tumeur a dû prendre naissance à la partie supérieure du larynx, à la limite du larynx et du pharynx, et qu'il s'agit en somme d'un de ces cancers pharyngo-laryngés, dont l'observation est assez fréquente, remarquable toutefois par ses dimensions, et par cette autre particularité que les ganglions latéraux du cou ne sont pas encore notoirement engorgés, malgré l'extension déjà considérable de la tumeur initiale.

Il n'était pas possible d'aller au delà dans la voie du diagnostic clinique.

Je résolus d'extirper largement tous les territoires envahis ou suspects, cette opération pouvant me conduire jusqu'à l'ablation totale du larynx et d'une grande partie du pharynx ; et le malade,

prévenu, accepta toutes les mutilations qui pourraient résulter d'une telle intervention, ne reculant devant rien pour sortir de sa très misérable situation.

Le 21 décembre, au moment où j'allais procéder à cette opération, le malade fut pris d'un très violent accès de suffocation où il faillit succomber; il dut son salut à la trachéotomie, que je pratiquai immédiatement.

Je dus attendre jusqu'au 10 février pour reprendre mon projet, car pendant quelques semaines l'état général du sujet et le catarrhe trachéo-bronchique l'avaient rendu irréalisable.

Le 10 février, je traçai une grande incision transversale, passant au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde, et se terminant à droite et à gauche sur les muscles sterno-mastoïdiens. J'y ajoutai pour avoir plus de place une incision verticale médiane sur toute la hauteur du larynx et même à l'extrémité basse de cette incision verticale une courte incision horizontale précricoïdienne.

Ayant dégagé les abords du larynx et de l'os hyoïde, je sectionnai au ras de cet os les muscles sous-hyoïdiens et la membrane thyro-hyoïdienne, puis je pénétrai dans le pharynx en détachant l'épiglotte de la concavité de l'hyoïde.

Je séparai complètement la grande corne de l'hyoïde de celle du thyroïde, et débridai encore en arrière d'elles la paroi musculaire du pharynx, ce qui me permit d'abaisser en avant tout le larynx, et de rendre béant le pharynx, me donnant toute commodité pour l'inspecter entièrement et y manœuvrer tout à fait à l'aise.

La tumeur présentait des connexions beaucoup plus simples que l'on ne pouvait le supposer. Aussitôt ouverte la brèche pharyngée, elle commença à faire issue comme une langue sortant de la bouche. Elle était en effet rattachée à la paroi pharyngée seulement par un pédicule gros comme l'index implanté sur la paroi latérale droite, au niveau du bord postérieur du cartilage thyroïde, à la partie la plus reculée de la gouttière pharyngo-laryngée. Elle couvrait le larynx, remplissait la partie basse du pharynx buccal et s'enfonçait dans le pharynx inférieur. Son volume était comparable à celui d'un très gros œuf, mais elle était aplatie de haut en bas, plus épaisse en arrière qu'en avant. Sa face supérieure était largement ulcérée. C'était justement la portion accessible à l'exploration. Le reste de sa surface était lisse et offrait un revêtement muqueux. Il n'y avait aucune adhérence en dehors du pédicule. Le larynx était intact, aussi bien que le pharynx.

Je sectionnai le pédicule, qui était très vasculaire; après ligature des vaisseaux, je fermai la plaie, résultant de sa section par des

sutures au catgut. L'hémostase fut un peu délicate au niveau de la base de la langue et de la concavité de l'hyoïde et exigea le passage de plusieurs fils.

Enfin je réintégrai l'épiglotte à sa place derrière la base de la langue, suturai de mon mieux le pharynx et les parties molles comprises entre le larynx et l'hyoïde, et terminai par la réunion des plaies cutanées.

Une sonde à demeure fut laissée dans le pharynx et l'œsophage. Je tamponnai en outre le pharynx avec de la gaze iodoformée, pour mettre un terme au suintement sanguin persistant. Deux drains furent placés aux extrémités de la plaie transversale sous-hyoïdienne.

Les suites de l'intervention furent heureuses, malgré une désunion partielle des plaies; au bout de trois semaines la guérison pouvait être considérée comme accomplie.

Le tamponnement du pharynx avait été retiré au bout de vingt-quatre heures. Au sixième jour je supprimai la sonde à demeure, et le malade fut dès lors nourri par le cathétérisme intermittent jusqu'au vingtième jour, époque où il put reprendre l'alimentation normale.

Au dixième jour, la canule fut enlevée définitivement.

Actuellement le malade mange et boit comme tout le monde.

Il n'a aucun trouble respiratoire. Il parle nettement et facilement. Il a même repris bonne mine et engraisse à vue d'œil. En somme, il se trouve dans d'excellentes conditions.

Quant à la tumeur, elle était, nous l'avons dit, entourée d'un revêtement muqueux à surface lisse, malgré la présence de nombreuses bosselures, sauf au niveau de sa partie antéro-supérieure, occupée par une large ulcération.

Cette tumeur se montre constituée par une série de lobes arrondis, distincts, séparés par du tissu conjonctif. A la coupe, ces lobes apparaissent comme des cercles réguliers remplis par une masse d'un blanc grisâtre, friable. En certains points on note des amas gélatineux ou œdémateux.

Çà et là on aperçoit quelques petits kystes remplis de liquide jaunâtre. Enfin une cavité grande comme une noisette, au voisinage de l'extrémité antérieure du néoplasme, est remplie de pus.

Le revêtement muqueux, d'ailleurs très mince, n'est nulle part indépendant, mais adhère partout de la façon la plus intime aux tissus néoplasiques.

Cette tumeur a été examinée au point de vue microscopique par M. Roussy. Elle offre dans toutes les parties d'aspect blanchâtre disposées en formes de lobes sphériques la structure du sarcome à cellules rondes. Ailleurs on trouve du tissu conjonctif ou du tissu

muqueux. En certains endroits, le tissu conjonctif est œdémateux. On n'a pu reconnaître en aucun point de tissus épithélioïdes ni de cartilage.

Cette tumeur peut donc être considérée comme un sarcome, et telle est l'opinion de M. Roussy.

La nature principalement sarcomateuse du néoplasme ne peut certes être contestée; histologiquement, il n'y a là-dessus aucun doute. Cependant ce n'est pas un sarcome pur, il faut tenir compte des quantités considérables de tissu conjonctif normal, ou modifié par l'œdème, par la transformation muqueuse, par la présence des kystes séreux; il convient de noter cette disposition en lobes distincts et cette disposition pédiculée plus rare encore. On peut se demander si cette tumeur ne serait pas dans une certaine mesure assimilable aux tumeurs encapsulées communes de la parotide, de la voûte et du voile du palais, des régions péribucco-pharyngiennes. A la vérité, on n'y trouve aucun vestige de tissu épithélioïde dont la présence caractérise les tumeurs dites mixtes; il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit ici d'une tumeur déjà assez complexe, bien que tous ses éléments soient dérivés du seul tissu conjonctif.

Je croirai d'autant plus volontiers à cette interprétation que le sujet porte dans l'épaisseur de la joue droite, sous la muqueuse, une autre petite tumeur arrondie, très ferme, très mobile, et présentant tous les caractères cliniques habituels des tumeurs mixtes.

Je veux faire remarquer encore le jour énorme que donne la pharyngotomie transversale antérieure. On a souvent reproché à la pharyngotomie sous-hyoïdienne d'être une voie étroite et de peu de valeur. Elle n'est pas étroite quand on sépare complètement l'hyoïde du thyroïde et de la corne thyroïdienne.

On a sous les yeux une étendue considérable de pharynx, toute la partie supérieur du larynx, et l'on peut ainsi vérifier très aisément la nature et la disposition des lésions avant d'avoir accompli aucun acte irrémédiable. Aussi me paraît-il très utile, dans les opérations dirigées contre les cancers pharyngo-laryngiens, de commencer régulièrement l'intervention par une pharyngotomie antérieure transversale sous-hyoïdienne, d'abord exploratrice, qui permet, après exacte appréciation des lésions, de fixer à l'exérèse des limites convenables. Dans le cas particulier, cette manière de faire a permis de reconnaître à temps la disposition pédiculée du néoplasme, que l'examen clinique le plus minutieux n'avait pas permis de déceler, et d'éviter ainsi des mutilations inutiles et irrémédiables.

Splénomégalie. Extirpation. Guérison.

M. Lucien Picqué. — P..., Fanny, soixante-trois ans, entre le 23 janvier 1911 dans mon service spécial de Saint-Anne.

Sur le côté gauche du ventre, il existe une énorme tumeur occupant tout le flanc gauche et la fosse iliaque. Elle plonge dans le petit bassin, mais ne présente aucun rapport appréciable avec l'utérus. En dedans elle arrive jusqu'à la ligne médiane. Son bord interne est tranchant et de consistance dure. Il est évident qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée.

La malade présente une température qui s'élève le soir à 38°5. Aucune affection médicale appréciable. Pas d'antécédents paludéens. L'examen du sang est pratiqué dans mon laboratoire, Voici la note que m'a remise M. Mortier, chef du laboratoire :

Aucune trace d'hyperleucocytose ni de polynucléaires, plutôt une légère hypoleucocytose avec quelques lymphocytes et surtout des mononucléaires.

Les globules rouges ne sont ni déformés ni nucléés.

Il est impossible de conclure à un cancer.

La température persistant, en l'absence de toute affection interne, et malgré le résultat de l'examen du sang, M. Picqué pratique une splénectomie. Incision sur le bord externe du droit gauche.

On trouve une rate pesant 2 kilogr. 10 tout à fait mobile, non déformée, qui vient toute seule hors du ventre. Le pédicule est normal mais les vaisseaux sont considérables Ligature des vaisseaux longs et de l'artère splénique. Pas d'incidents. Suture métallique de la paroi.

Dès le soir de l'opération la température est tombée à 37 et s'y est maintenue.

Réunion *per primam*. La malade sort guérie le 21e jour.

La pièce a été examinée dans le laboratoire du professeur Pierre Marie.

Voici la note qui m'a été remise par M. Roussy, que je tiens à remercier de son obligeance :

« Rate avec hypertrophie notable des corpuscules de Malpighi : réaction microphagique discrète de la pulpe et sclérose légère de la dite pulpe.

« En somme, il ne s'agit évidemment pas d'une rate du type leucémique ou lymphadénique, mais plutôt rappelant le type Banti : cependant la sclérose est trop peu marquée pour permettre de dire que cette rate rentre dans les descriptions types de Banti. L'histologie ne fait donc que confirmer ici ce que nous avons constaté à l'examen macroscopique. Hypertrophie primitive de la rate de cause indéterminée : cette inconnue n'est pas sans ajouter un très grand intérêt à cette observation. »

Présentations de pièces.

Radiographie d'un Gritti deux ans et demi après l'opération. Léger déplacement en avant du fragment rotulien.

M. Mauclaire. — Dans la dernière séance, M. Walther nous a présenté la radiographie d'un Gritti opéré six mois auparavant. Le fragment rotulien était bien resté en place. Voici la radiographie d'un Gritti faite par moi deux ans et demi après l'opération et dans lequel j'ai fixé le fragment rotulien avec un fil d'argent. On voit que du fait de la marche et de la traction du triceps le fragment rotulien s'est un peu déplacé en avant. Le fil d'argent qui fixait le fragment à la paroi postérieure du fémur a suivi peu à peu le déplacement en avant à travers l'os.



Malgré le déplacement rotulien, l'opéré marchait bien sur son moignon, aussi je persiste à dire avec Mériel (1) que l'opération donne de bons résultats.

J'ai fait deux autres opérations de Gritti, l'une avec suture, l'autre avec enclouage. Mais je n'ai pu revoir ultérieurement ces deux opérés.

(1) Mériel. Résultat éloigné d'une opération de Gritti. *Archives prov. de Chirurgie*, 1903.

Ostéome du maxillaire supérieur.

M. ROCHARD présente un ostéome du maxillaire supérieur, qu'il a enlevé par la résection sur un malade âgé de dix-neuf ans. L'opération a été assez pénible ; il a fallu se servir du ciseau et du maillet pour séparer l'infrastructure du maxillaire du plancher de l'orbite, qui a été respecté. La laryngotomie intercricothyroïdienne avec la canule de Butlin a été d'un grand secours.

Tout le massif maxillaire ne fait plus qu'une masse osseuse.

Cette tumeur a débuté dans le courant de l'année 1908, au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur ; elle a envahi et comblé tout le sinus et, au moment de l'opération, elle faisait saillie sur la voûte palatine et surtout, comme on le voit sur la pièce, du côté des fosses nasales ; rien du côté de la cavité orbitaire, pas le moindre symptôme d'exophtalmie.

La tumeur était complètement indolore ; elle donnait l'impression d'une consistance dure, analogue à celle de l'os. A l'éclairage des fosses nasales, le sinus paraît complètement opaque et on constate une déviation de la cloison repoussée par la tumeur.

Chez ce malade, on constate des stigmates d'hérédosyphilis (dents d'Hutchinson et voûte palatine ogivale).

M. PIERRE SEBILEAU, — Mon ami Rochard m'avait prié d'examiner son malade. J'avais fait le diagnostic d'ostéome du maxillaire supérieur. Je suis heureux que l'étude anatomique des pièces ait confirmé mon opinion.

Il m'est agréable d'entendre dire par Rochard combien la laryngotomie intercrico-thyroïdienne a facilité la résection de la mâchoire supérieure. A plusieurs reprises j'ai dit ici tout le bien que je pense de cette opération en tant qu'opération temporaire préalable aux interventions longues, saignantes et difficiles des cavités de la face. Combinée à l'anesthésie à distance telle que je l'ai décrite et telle que je la pratique avec l'appareil Sebileau-Lemaître, cette bouche aérienne supérieure réalise de tels avantages ; elle est si inoffensive, si rapide ; elle améliore et raccourcit dans de telles proportions toutes les opérations cavitaires de la face, que je ne comprends pas qu'il se trouve encore un seul chirurgien pour ne pas y avoir recours. Mais mon pronostic se réalisera : tout le monde viendra à la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, comme tout le monde viendra à l'éclairage artificiel... C'est fatal.

Je dois dire qu'à la place de Rochard je n'aurais pas, je crois, pratiqué la résection classique. Plus je vis dans les maladies et

les opérations de la face, plus je m'éloigne de cette vieille et toujours mauvaise opération qu'on appelle la résection typique de la mâchoire supérieure. S'il s'agit de tumeurs malignes et étendues, cette résection est presque toujours insuffisante; elle enlève trop en certains points, pas assez en d'autres ; il faut toujours la compléter en grugeant les os. S'il s'agit de tumeurs bénignes ou de néoplasmes malins cantonnés, elle est inutilement mutilante. Cela n'est pas indifférent, suivant qu'il s'agit de lésions de la superstructure ou de lésions de l'infrastructure de la mâchoire, de conserver ou de ne pas conserver le plancher de l'orbite ou le plancher des fosses nasales. Quand il s'agit de pareilles mutilations, un petit bénéfice est un gros bénéfice.

M. Auvray. — J'appuie ce que vient de dire mon ami M. Sebileau sur les résections du maxillaire supérieur. Je n'ai plus recours aujourd'hui à la résection typique du maxillaire; je procède toujours à la résection atypique faite à l'aide de la pince gouge, qui permet dans les cas simples, limités, de n'enlever, par morcellement de propre en proche, que la partie malade, sans sacrifier l'os dans sa totalité et qui, au contraire, dans les cas envahissants, permet de dépasser dans la résection les limites normales de l'os.

M. J.-L. Faure. — Non seulement la résection typique du maxillaire supérieur, telle qu'on la fait à l'amphithéâtre, n'est pas bonne, mais elle est la plupart du temps impossible. Car le maxillaire est malade, désorganisé, et, sauf dans les cas d'ostéome comme celui de Rochard, il est impossible de l'enlever en bloc. Il faut donc tout simplement prendre une bonne pince gouge, et aller devant soi.

M. Rochard. — Je suis partisan, comme Sebileau, des résections atypiques, puisque j'ai laissé le plancher de l'orbite, et que par conséquent j'en ai fait une, mais en l'espèce, la tumeur envahissant la voûte palatine et tout le maxillaire, j'ai dû ne ménager que le plancher de l'orbite non envahi, sous peine de faire une extirpation incomplète de la tumeur.

M. Potherat. — Il y a bien longtemps que j'ai adopté la pratique que nous conseille si éloquemment mon ami Sebileau.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est d'une extrême simplicité, très rapide, n'expose à aucun accident immédiat ou consécutif; il n'y a pas d'hémorragie, et peu de tissus à traverser; avec une anesthésie locale, non moins facile et rapide, l'opération s'exécute, vite, bien, et simplement. J'ai fait depuis que je suis chirur-

gien des hôpitaux, c'est-à-dire depuis vingt ans, un grand nombre de fois cette opération.

En ce qui concerne la résection du maxillaire supérieur, je suis moi aussi opposé à la résection totale typique, selon la technique de l'amphithéâtre de médecine opératoire. Il y a de longues années que je lui ai substitué la résection atypique faite à la pince coupante, à la gouge tranchante, etc. Je l'ai en particulier employée, à la Maison municipale de santé, il y a onze ans, dans un cas de tumeur du maxillaire supérieur ayant débuté par le rebord du maxillaire supérieur. C'était une tumeur maligne; elle récidiva; j'intervins une seconde fois, le malade guérit; il est encore aujourd'hui en bonne santé.

Or, grâce à une opération atypique, je pus garder à cet homme le plancher de l'orbite et la plus grande partie de la paroi postérieure. Cela n'était pas indifférent à l'esthétique de la figure de mon malade, homme du monde, et facilita singulièrement l'application d'un appareil prothétique qui, en l'espèce, masquait la mutilation d'une manière parfaite.

Je vous cite ce fait parce qu'il est typique; j'en ai d'autres, je ne vous importunerai pas à vous les rapporter. Ils ont pour moi entraîné une conviction ferme, c'est, ainsi que je le disais au début, que la résection atypique, qui n'est pas par cela même forcément partielle, mais qui pourra l'être, doit être substituée à la résection totale d'emblée, typique, classique.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 MARS 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une note de M. J. BRAULT, membre correspondant, sur *une mycose rencontrée chez un indigène algérien* (voir ci-dessous).

Note sur une mycose rencontrée chez un indigène algérien, avec culture et préparations histologiques,

par M. le Dr J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Observation clinique. — X..., Arabe, âgé de vingt-quatre ans, entre dans notre clinique, salle Ricord, n° 16, le 21 janvier 1911.

Depuis l'âge de dix-sept ans, cet indigène travaille dans les fabriques où l'on traite le crin végétal et l'alfa (1) ; il a été employé à Bordj-Ménaiel, à El-Affroun et au Fondouck, où il réside actuellement.

X... a été hospitalisé salle Ricord, n° 14, il y a deux ans, pour syphilis ; depuis, sa syphilis traitée paraît être restée silencieuse.

Il y a quatre mois, le malade s'aperçut qu'un gros bouton avait pris naissance sur sa fesse gauche, près du sillon interfessier. Au-dessous de cette première végétation, une autre apparaissait deux

(1) Je vais rechercher sur ces matières le parasite rencontré chez le sujet ; j'ai déjà fait des ensemencements.

mois plus tard. Enfin, il y a un mois, une troisième tumeur, semblable aux deux autres, surgissait à son tour. Au début, les tumeurs étaient indolores, mais maintenant elles le gênent durant la marche. Plusieurs fois, elles se sont ouvertes, laissant sourdre du pus. Quelques jours de repos suffisent pour les tarir, mais dès que notre indigène reprend ses occupations, le pus se fait jour à nouveau ; c'est pourquoi il entre à l'hôpital (1).

Il présente sur la fesse gauche, environ à 2 centimètres de la rainure interfessière, trois petites tumeurs comme ombiliquées, irrégulièrement arrondies, assez semblables à de gros « molluscum contagiosum » (2) ; saillantes au-dessus de la peau, elles ont presque le volume d'une petite cerise. Toutes trois d'avant en arrière, sont rigoureusement en ligne, parallèles au sillon interfessier. Elles sont rénitentes, et avec une pipette on en extrait du pus. Seule la base de l'élément supérieur est indurée. *En somme, il s'agit plutôt de tubérosités à type phlegmasique que de véritables tumeurs. Cet aspect clinique un peu étrange joint à l'évolution du processus, m'a vivement frappé, et j'ai de suite pensé à quelque chose d'insolite* ; j'ai vu une ou deux fois des spécimens de « molluscum contagiosum » aussi gros, mais alors, tout autour de ces tumeurs royales, s'essaimaient de nombreux satellites de moindre grandeur ; je n'ai jamais vu ainsi trois tumeurs de cette taille absolument isolées et si bien en ligne. J'ai indiqué au début que le malade était syphilitique, mais tout ce que je viens de dire éloignait l'idée d'accidents tertiaires gommeux. La sporo-agglutination, faite grâce à des cultures de sporotrichose que nous entretenons depuis un certain temps dans notre laboratoire, n'a rien donné avec le sang de notre malade. Le 24 janvier, j'enlève les trois tumeurs. Aseptiquement, on fait de suite des prélèvements pour cultures, et on les fixe (3) pour examen histo-bactériologique.

Le 17 février, le malade quitte le service ; il n'y a pas eu jusqu'à présent la moindre récidive, et il est parfaitement cicatrisé.

Etude anatomo-pathologique et bactériologique. Coupes. — D'une façon générale, les couches épidermiques semblent peu altérées, c'est à peine si on remarque un certain degré d'acanthose. Du côté du derme, beaucoup de papilles semblent comme étirées, le tissu très vasculaire est enflammé, il est infiltré de nombreuses

(1) Voici quelques renseignements sur le genre de vie du malade : il porte des pantalons à l'européenne, il couche dans les ateliers où il travaille, et prend ses repas à la gargotte.

(2) Mais plus colorées et plus bombées.

(3) Soit dans le formol, soit dans du liquide de Bouin.

cellules blanches: mononucléaires de diverses tailles, polynucléaires ; beaucoup de ces cellules sont granuleuses et prennent mal les colorants; enfin, en certains points, on repère des sortes de petites abcédations (1).

C'est là qu'on trouve le parasite auquel est due l'affection décrite chez notre malade ; il s'agit d'un champignon qui se présente dans les coupes de deux façons différentes. Tantôt on l'aperçoit avec une *netteté parfaite*, présentant son mycélium qui se branche plus ou moins, et se renfle par endroits, présentant des fructifications latérales et terminales ; tantôt on ne voit plus qu'un fouillis de fructifications couvrant à peu près un mycélium rabougri. Par places même, il semble que le parasite, sous cette dernière forme, constitue de véritables grains. Toutes ces choses se voient bien, sur les coupes que nous joignons à notre communication. Les dimensions de ce mycélium dans les coupes, sont les suivantes : 1 μ 4 en moyenne et 2 μ pour les parties renflées.

Cultures. — Voici maintenant les caractères des principales cultures :

Bouillon. — Ce dernier se trouble et présente un voile à la surface (2).

Gélose ordinaire. — Nappe blanchâtre ; en piqûre même nappe à la surface et traînée grise dans la profondeur.

Gélose de Sabouraud. — Au bout de trente-six heures, la culture est déjà très appréciable, elle se développe en formant des touffes discoïdes blanches, avec une aréole unie.

Gélose glucosée. — Développement assez rapide, au bout de quarante-huit heures ; colonies blanc-grisâtre, arrondies, épaisses, en forme de petites marguerites, avec centre plus dense et collerette plus mince (3). Le centre de la colonie qui est jaunâtre brunit par la suite. Le champignon pousse sur le verre, nous l'avons constaté dans ces cultures et dans d'autres. Les cultures en traînée ressemblent beaucoup à celles sur gélose glycérinée glucosée.

Gélose glycérinée. — Au bout de deux ou trois jours, on obtient des disques épais, luisants, gris-blanchâtre, entourés bientôt d'une auréole plus mince, brillante, glacée.

Gélose glycérinée glycosée. — Toujours dans le même temps, on voit se développer une culture plus sèche, duveteuse, comme pulvérulente, gris-jaunâtre ; le centre de la traînée s'élève en forme

(1) Nous avons coloré de nombreuses coupes avec tous les colorants usuels : hématéine-éosine, van Gieson, Giemsa, Gram, Ziehl, bleu de Unna, etc.

(2) Sur pommes de terre, petites colonies blanches, très maigres.

(3) Colonies en points séparés.

d'arête, au pourtour s'étale un tapis plus mince et très gaufré; — c'est, il nous semble, le meilleur milieu.

Ces cultures ont été faites soit surtout en dehors de l'étuve, soit dans cette dernière ; en pareil cas, on remarque un développement plus faible que dans les cultures extérieures. Nous envoyons à l'appui de notre communication une culture formolée en traînée, sur gélose glucosée.

Le champignon rencontré dans ces diverses cultures se présente avec un mycélium cloisonné; d'après les mensurations qui ont été faites par mon préparateur, M. Lucien Masselot, sa largeur

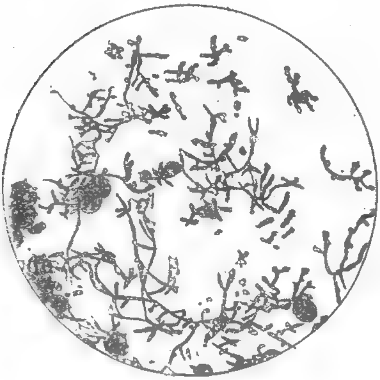


FIG. 1. — Dessin du champignon dans une coupe, on voit des globules blancs à la périphérie.

Zeiss. Objectif, 1,5 millim. NA 30. — Oculaire n° 2.

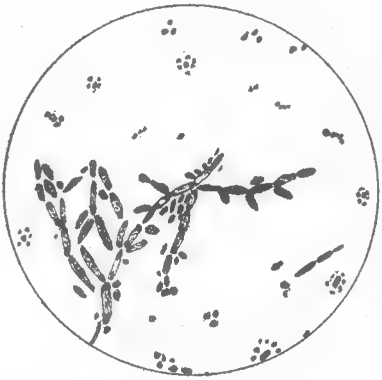


FIG. 2. — Dessin du champignon dans un frottis de culture, on ne voit pas tous les détails comme en goutte suspendue ; — le champiguon est un peu dissocié. — *Même grossissement que dans la figure* 1.

moyenne est de 2 μ 1, la longueur de chaque segment varie entre 6 μ 5 et 10 μ ; aux extrémités le mycélium se renfle et ici la largeur moyenne est de 2 μ 8, avec une longueur de 3 à 7 μ. Sur les côtés des hyphes, on observe des branchements plus ou moins nombreux et comprenant un ou plusieurs segments. C'est bien entendu surtout en goutte suspendue, liquide de Raulin, qu'on apprécie mieux tous ces détails et qu'on voit bien les cloisonnements des hyphes, les renflements terminaux du champignon, et aussi de temps à autre ses chlamydo-spores intercalaires. En certains points, *il nous a même semblé voir des bouquets de conidies terminales* (1), mais nous n'avons pu déceler de stigmates. Quoi qu'il

(1) Nous donnons ceci d'une façon tout à fait dubitative.

en soit, pour l'identification exacte du parasite, nous allons nous en rapporter à quelqu'un de compétent en mycologie. — (Voir nos dessins du champignon sur coupes et en frottis.)

Coloration des frottis. — Le champignon se colore bien par le krystol violet, le violet de gentiane, le Ziehl, le Giemsa, beaucoup moins par la thionine, les bleus de Borrel, de Lœffler et de Unna. Nos coupes sont accompagnées d'un frottis coloré par le Ziehl.

Inoculations. — Jusqu'à présent nous avons seulement inoculé de jeunes cobayes et un rat blanc. Les cobayes inoculés dans le péritoine sont morts de péritonite au bout d'une quinzaine d'heures ; nous avons retrouvé le champignon dans les cultures faites avec le liquide péritonéal, et ces cultures ont sensiblement sur les divers milieux le même aspect que les cultures primordiales. Sur le rat, nous avons fait des inoculations sous-cutanées et des scarifications. L'inoculation sous-cutanée a donné lieu à une sorte de petite tuméfaction dont la sérosité louche contenait le champignon qui s'est reproduit avec ses caractères dans nos cultures. L'inoculation par scarifications ne nous a pas donné, jusqu'à présent, un résultat bien appréciable.

Telle est, en résumé, l'histoire de cette mycose, que nous n'avons pu rapporter, du moins jusqu'à présent, à aucune des espèces connues pour envahir notre tégument externe. Nous allons d'ailleurs continuer avec notre préparateur, M. Lucien Masselot, l'étude de ce cas insolite, soit au point de vue des lésions anatomo-pathologiques, soit encore au point de vue bactériologique proprement dit.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des brûlures électriques.

M. J.-L. Faure. — Je tiens à vous donner des nouvelles du malade dont je vous avais parlé il y a quinze jours, à propos du très intéressant malade que M. Quénu nous avait présenté et qui avait eu une brûlure profonde du cuir chevelu et des os du crâne par un courant électrique de grande puissance. J'avais rappelé le cas d'un malade tout à fait semblable que j'avais vu il y a deux ans à Saint-Raphaël. Il vient de m'écrire et m'a dit que sa plaie s'était fermée peu à peu. Mais il a fallu quinze ou seize mois. L'os ne s'est point éliminé, et il n'y a pas eu besoin d'intervention ; mais la cicatrice est toujours sensible.

A propos de la trépanation décompressive.

M. PIERRE DELBET. — Depuis l'an dernier, quatre trépanations décompressives pour tumeur cérébrale ont été faites dans mon service. Je n'ai pas besoin de dire qu'elles ont été exécutées avec le trépan que j'ai fait construire et qui ne trépide pas. Quelques-uns de nos collègues ont pu constater cette absence de trépidation. Mon ami Lejars, entre autres, m'a dit en avoir été frappé.

Je ne vous donnerai pas le détail de mes observations, car un de mes internes m'a demandé l'autorisation de les publier dans un travail qu'il prépare sur ce sujet. Je ne dirai donc que quelques mots.

Je voudrais d'abord vous conter brièvement un fait bien extraordinaire qui s'est passé dans mon service. Une femme atteinte de tumeur cérébrale, qui avait refusé, ou plutôt dont l'entourage avait refusé l'intervention au moment où elle aurait pu lui être utile, fut ramenée à Necker dans un état lamentable. Mon collègue et ami Hirtz, dans le service duquel elle fut placée, me demanda de l'opérer d'urgence. Comme je partage absolument les opinions de notre maître M. Championnière sur ce point, j'acceptai de pratiquer cette trépanation *in extremis*; la malade n'avait plus rien à y perdre.

On commence la chloroformisation à 5 h. 15 de l'après-midi. A 5 h. 20 la malade cessait de respirer. Le cœur battait énergiquement. On fit la respiration artificielle. On la cessait de temps en temps, mais aucun mouvement spontané ne se produisait. Le cœur battait toujours. Au bout d'une heure, nous commencions à être fatigués. Le cœur continuait à battre énergiquement. Comme nous n'avions pas d'appareil à intubation, on fendit la trachée et on fit la respiration artificielle par insufflation au moyen d'une sonde.

Pensant que l'hyperpression était la cause des accidents, je fis faire une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien s'écoula goutte à goutte : il n'y avait aucune hyperpression dans le cul-de-sac rachidien.

Comme le cœur battait toujours énergiquement, je me demandai si la décompression du cerveau ne ramènerait pas la respiration spontanée, et à 6 h. 45, une heure vingt-cinq après que la respiration s'était arrêtée, je trépanai cette malade, dont on ne pouvait dire ni qu'elle était morte, puisque son cœur battait, ni qu'elle était vivante, puisqu'elle ne respirait plus depuis quatre-vingt-cinq minutes.

Dès que la dure-mère fut incisée, le cerveau fit une saillie énorme. Vous connaissez ces hernies brutales qui donnent l'impression que la substance cérébrale va se déchirer sur le rebord osseux.

Ainsi il y avait une énorme hyperpression intra-cranienne, bien que la pression rachidienne ne fût pas augmentée.

Le résultat de la décompression fut absolument nul. Le cœur continua à battre, mais les mouvements respiratoires ne se rétablirent pas.

Alors tout le service, chef de clinique, internes, externes, tout le monde s'acharna sur cette malade. Pourtant toute la nuit on lui souffla dans la trachée à raison de quinze à vingt fois par minute. Le lendemain matin, le cœur battait toujours très franchement, très nettement, le pouls était bien frappé, mais on soufflait toujours. Et il en fut ainsi jusqu'au soir. C'est vers cinq heures que le pouls commença à faiblir et le cœur s'arrêta de battre à 6 h. 45.

Ainsi le cœur a continué à battre pendant vingt-cinq heures et demie sans qu'il se soit produit une seule respiration spontanée.

Je me demande si ce n'est pas souvent ainsi, par arrêt de la respiration, que meurent les porteurs de tumeurs cérébrales. Si cette malade avait eu cette syncope respiratoire dans son lit, elle serait morte en quelques minutes sans que l'on puisse constater cette singulière dissociation entre la respiration et la circulation.

Je vous ai dit que chez cette malade on avait pu constater à quelques minutes d'intervalle par la ponction lombaire et par la trépanation, que la pression était normale dans la région rachidienne et très augmentée dans la région cranienne. Les faits de ce genre sont connus; j'y insistais récemment ici même à propos d'un malade que j'ai trépané avec succès pour un œdème aigu du cerveau consécutif à une fracture du rocher.

Ils montrent que le moyen de diagnostic dont parlait M. Lagrange dans la précédente séance est très infidèle.

M. Lagrange disait ou à peu près : « La stase papillaire vous indique qu'il existe une hyperpression. Celle-ci ne peut être due qu'à une tumeur ou à une inflammation. Faites une ponction lombaire et vous saurez à quel ordre de lésion vous devrez la rattacher. Si le liquide s'écoule en jet, s'il n'est pas altéré, il s'agit d'une tumeur. S'il s'agit au contraire d'une inflammation, le liquide sort avec sa tension ordinaire et contient des éléments inflammatoires ou infectieux. »

Malheureusement la chose n'est pas si simple. Nous savons tous que les inflammations méningées peuvent amener une hyperpression du liquide céphalo-rachidien. Nous savons même que cette hyperpression peut se produire sous l'influence d'une irritation aseptique. Nous avons vu les culots de pus dans les tubes où l'on avait recueilli le liquide céphalo-rachidien à la suite d'anesthésie rachidienne à la cocaïne. Les médecins décrivent des

états méningés aseptiques, si bien même que la polynucléose du liquide céphalo-rachidien ne suffit plus pour affirmer le diagnostic de méningite septique. Il faut encore que les polynucléaires soient altérés.

D'autre part, je le répète encore, l'hyperpression, bien que très considérable, peut être localisée au crâne, de telle sorte que par l'aiguille lombaire le liquide coule à peine et en bavant. Il y a des cas où les communications entre les espaces méningés encéphaliques et les espaces rachidiens se ferment, et dans ces cas, si, comme le conseille M. Lagrange, on basait le diagnostic sur la ponction lombaire, on serait conduit à de grossières erreurs. Enfin la ponction lombaire, peut être dangereuse chez les malades atteints de tumeurs encéphaliques. Elle a causé des morts brusques, si bien que certains neurologistes n'osent plus l'employer.

Sur le diagnostic de localisation de la tumeur, les avis les plus opposés ont été émis ici. Tandis que les uns le considèrent comme relativement facile, d'autres le déclarent presque impossible. Il va sans dire qu'il faut toujours s'efforcer de le faire, qu'il faut tâcher de perfectionner les moyens de le préciser. Mais nous n'avons pas à être actuellement plus royalistes que les rois. Les rois, en cette affaire, ce sont les neurologistes. Or, tous reconnaissent que le diagnostic de localisation est souvent impossible; et alors même qu'on le croit possible, il est souvent erroné. Les plus habiles restent exposés aux pires erreurs, à la pire erreur, l'erreur sur le côté atteint. Dans le cas dont je vous parlais tout à l'heure, il y avait des raisons de trépaner à gauche et l'autopsie a montré que la tumeur était à droite.

Le point qui me paraît le plus important dans la question des trépanations décompressives, c'est l'ouverture de la dure-mère. On sait que Horsley et Krause rejettent les opérations en un temps. Ils enlèvent d'abord le volet osseux, rejetant l'ouverture de la dure-mère à un second temps qu'ils exécutent au minimum six jours plus tard, de préférence neuf à quatorze jours après la craniectomie. Chez les épileptiques, Krause attend même volontiers plusieurs semaines. Ce qui les a conduits à cette technique en deux temps, ce sont les morts brusques qui se produisent parfois au moment de la décompression.

L'opinion de deux hommes tels que Horsley et Krause est évidemment très impressionnante.

Cependant, je me range encore sur ce point à l'avis de M. Championnière. J'avoue que je ne comprends pas comment la disjonction des deux actes opératoires diminue les dangers de la décompression qui se produit au moment de l'ouverture de la dure-mère. Qu'est-ce qui peut les augmenter quand on fait l'ouverture en un

temps? Ce n'est pas le choc causé par la trépanation elle-même, car aujourd'hui ce choc est insignifiant, on pourrait même dire nul.

D'autre part, il ne me semble pas que l'enlèvement du volet osseux prépare à la décompression, car par lui-même il n'en produit pas. La dure-mère est inextensible et, tant qu'elle est intacte, la pression intra-cranienne n'est pas modifiée d'une manière appréciable. Il y a même des cas où elle augmente rapidement. Krause rapporte qu'il fut obligé une fois d'ouvrir la dure-mère vingt-quatre heures après la trépanation, tant était rapide l'augmentation de la pression intra-cranienne.

Les morts brusques par décompression, qui sont heureusement rares, sont dues sans doute à des conditions particulières de la tumeur. Est-on bien sûr que ces conditions sont modifiées par l'ablation du volet osseux? Je me demande si deux opérations, deux chloroformisations rapprochées, ne sont pas plus traumatisantes que l'intervention en un temps. Jusqu'ici j'ai toujours fait l'ouverture immédiate de la dure-mère. Je la fais très progressivement et très lentement et mes malades n'ont présenté aucun accident de décompression.

Dans la précédente séance, Tuffier mettait en doute la valeur de la trépanation simplement décompressive. Il est bien certain que ce n'est qu'une opération palliative. Ses effets ne sont pas habituellement de longue durée. Mes trois malades opérés l'an dernier sont morts; leur survie n'a été que de quelques mois. Le quatrième, a été opéré au mois de janvier dernier. Il a la tête déformée par une énorme tumeur et sa survie ne sera pas longue non plus.

Evidemment il n'y a pas là de quoi enorgueillir le chirurgien. Mais il n'en est pas moins vrai que l'avantage pour les malades est énorme.

Il y a deux raisons qui commandent ces trépanations palliatives : la névrite optique qui peut rétrocéder et surtout les douleurs, qui sont toujours et immédiatement supprimées. Ces douleurs sont atroces, épouvantables; c'est un supplice effroyable. Aussitôt après l'opération, les malades sont transformés. Comme ils n'ont pas de choc, comme les suites de l'opération elles-mêmes ne sont pas douloureuses, dès le soir même ils expriment leur satisfaction et leur reconnaissance. Si on ne prolonge guère leur existence, on leur permet de l'achever dans des conditions acceptables, et c'est déjà énorme.

Et puis il ne faut pas oublier que le diagnostic présente une part d'incertitude, si bien que certains neurologistes ont créé la classe des « pseudo-tumeurs cérébrales ». Dans ce cas, le bénéfice de l'opération dure. La trépanation, qui paraissait devoir n'être que palliative, devient presque curatrice, peut-être même réelle-

ment curatrice, puisque certains malades sont en bonne santé depuis plusieurs années.

Il ne faut donc pas hésiter à pratiquer ces trépanations décompressives.

M. Paul Segond. — La question de thérapeutique chirurgicale soulevée par l'excellent rapport de notre collègue Auvray est trop importante pour que tous ceux d'entre nous qui ont quelque expérience de la chirurgie cérébrale, n'aient pas à cœur de verser au débat les résultats de leurs observations. Or, il me semble que je suis un peu de ceux-là. On ne saurait être, en effet, chirurgien de la Salpêtrière depuis seize ans, et c'est mon cas, sans prendre intérêt à tout ce qui touche à la pathologie nerveuse.

Et puis, vous ne l'ignorez pas, depuis que, sur mon conseil, mon chef de clinique de Martel s'est consacré à l'étude de la chirurgie du système nerveux, ses rares qualités d'opérateur ingénieux, habile et sûr, lui ayant très vite acquis la confiance de nos premiers neuropathologistes, mon service a pris, au point de vue de la chirurgie nerveuse, une activité tout à fait grande. Si bien qu'à cette heure, et pour ne parler que de la *trépanation décompressive*, je puis invoquer à l'appui de mes opinions, non point quelques faits isolés, mais bien une statistique comprenant au moins 72 opérés que j'ai pu suivre moi-même.

J'ajoute que dans une question dont la mise au point réclame avec une si particulière exigence non pas seulement l'expérience, mais aussi l'étroite et constante collaboration de la médecine et de la chirurgie, nous avons eu grand soin de ne pas nous contenter de nos propres impressions. Martel n'a pour ainsi dire jamais agi que sur les conseils ou sous le contrôle d'hommes de la valeur de Babinski. Il a su enfin, par de fréquents voyages en Angleterre, se familiariser avec la pratique de Horsley, et devenir en quelque sorte son disciple.

Ce n'est donc pas, vous le voyez, sans motif ou sans document, que je vous demande quelques instants d'attention, non point, pour reprendre dans son ensemble la question si bien traitée par Auvray, mais seulement pour vous dire quelles sont les *divergences* qui me séparent de quelques-uns d'entre vous.

Parmi ces *divergences*, il en est d'abord un certain nombre qui m'arrêteront peu. Elles portent sur l'*instrumentation* la meilleure à employer, sur le *lieu d'élection* de la trépanation, sur la valeur de la *ponction lombaire* et sur celle de la *ponction ventriculaire*.

C'est mon ami Guinard qui a mis l'*instrumentation* en cause. Il n'aime pas les instruments compliqués et préfère travailler avec

ses mains qu'avec l'aide de moteurs plus ou moins complexes. Soit, et ce n'est certes pas moi qui l'en blâmerai. Je n'ai pas plus que lui le goût des instruments qui opèrent tout seuls, et quand je puis travailler uniquement de mes doigts ou de mes mains, je n'ai garde d'y manquer.

Toutefois, si le simplisme opératoire de notre collègue Guinard a des avantages non douteux, surtout sur les sujets jeunes, c'est à la formelle condition de ne jamais employer le marteau. Qu'on ait recours à la couronne à main et à la longue pince dont Horsley se sert, avec une si merveilleuse habileté, rien de mieux. On peut aussi, avec beaucoup de profit, se servir du trépan à main de de Martel. Son débrayage automatique donne toute sécurité, et lorsqu'on le manie comme il convient, sa butée ne dérape jamais. Mais, encore une fois, toute manœuvre qui se rapproche plus ou moins du coup de marteau doit être sévèrement proscrite.

Quant à la rapidité opératoire dont Guinard se dit capable avec l'instrumentation qu'il préconise, j'y crois bien volontiers, mais je puis lui affirmer qu'elle n'est certainement pas comparable à celle que l'instrumentation de de Martel permet de réaliser.

A propos du *lieu d'élection* de la trépanation, Savariaud a fait à bon droit remarquer « qu'il n'est pas indifférent, en cas d'hypertension due à une tumeur ou à toute autre cause, de faire le désossement du crâne en un point quelconque ». Tout le monde est d'accord à cet égard, et en cas d'hypertension de la loge cérébelleuse, par exemple, c'est à coup sûr la loge cérébelleuse elle-même qu'il faut ouvrir de préférence.

Mais il n'est pas moins nécessaire de se rappeler que la décompression brusque de la région bulbo-cérébelleuse est trop souvent suivie de mort rapide, et que, dans les cas d'extrême hypertension, il est peut-être prudent de commencer par pratiquer une trépanation sous-temporale, afin d'obtenir une première sédation des troubles d'hypertension. Ce n'est qu'ensuite qu'on pratiquera la trépanation occipitale.

Pour notre part, nous n'avons jamais vu une hypertension liée à l'existence d'une tumeur de l'étage inférieur du crâne ne pas être très sensiblement modifiée par une trépanation de n'importe quel siège. C'est dire qu'à nos yeux, l'observation contradictoire de Terrier, citée par Auvray mercredi dernier, doit être considérée comme une exception.

Pour en terminer avec ces premières divergences, je dirai simplement qu'il ne faut pas se montrer trop sceptique vis-à-vis de la *ponction lombaire* et de la *ponction ventriculaire*.

Pour la *ponction lombaire*, le fait n'est pas douteux. Nous con-

naissons plusieurs malades que Babinski a traités uniquement de cette façon et dont l'état a été grandement amélioré. Quant à la *ponction ventriculaire*, le cas de mort relaté par Potherat ne prouve pas qu'il faille repousser toujours ce mode de décom pression. Chez ce malade, il s'agissait, en effet, d'une tumeur du bulbe, et encore une fois, toute décompression, en pareil cas, obtenue par n'importe quel moyen, expose à la mort subite. Mais il n'est pas moins vrai que la ponction ventriculaire, après trépanation décompressive, permet souvent de prolonger beaucoup l'amélioration obtenue.

J'en arrive aux *points maîtres* de notre discussion : *les indications vraies de la trépanation simplement décompressive*, son *manuel opératoire* et sa *valeur thérapeutique*. Or, c'est ici que nos divergences vont s'accentuer, et c'est notamment avec mes amis Tuffier et Delbet que je vais me trouver en complet désaccord.

Comme Horsley, Babinski et de Martel, j'estime, en effet, que dans nombre de cas de tumeurs cérébrales, il faut être beaucoup plus réservé que Tuffier dans la recherche du néoplasme, qu'il est dangereux d'inciser toujours la dure-mère d'emblée, qu'il faut, en un mot, procéder presque toujours en *deux temps* et qu'enfin, la trépanation, simplement décompressive, est, en maintes circonstances, une *merveilleuse opération palliative*.

Précisons, si vous le voulez bien, ces quelques points.

A l'égard des *indications opératoires* en cas de tumeur cérébrale, Tuffier admet quatre éventualités, et la meilleure manière de montrer à quel point nos deux pratiques sont différentes, est de suivre cette même division.

1° *La localisation est cliniquement nette. Elle indique une tumeur abordable.* — Tuffier estime que, dans ces cas, l'ablation s'impose, et nous sommes d'accord. A cette différence près, cependant, que Tuffier opère en un temps et que nous préférons, nous, l'ablation en deux temps.

De plus, il faut se souvenir que, dans les cas ici visés, on peut se trouver en présence de gliomes infiltrés dont l'extirpation serait impossible sans les plus périlleux délabrements. En pareilles circonstances, il est d'autant plus sage de s'abstenir que, suivant une remarque de Horsley, la simple extériorisation de certaines tumeurs corticales arrête leur évolution.

2° *La localisation indique un néoplasme de la base du crâne difficilement abordable.* — Tuffier pense qu'il faut alors « hésiter entre une opération palliative et une intervention radicale ». A l'appui de ce conseil, il cite une malade chez laquelle il regrette de s'être contenté d'une simple décompression, sous le prétexte

que l'autopsie a démontré qu'il y avait une tumeur en arrière du chiasma des nerfs optiques. « Si j'avais pu enlever la tumeur, dit-il, j'aurais rendu un autre service à cette femme que par ma décompression. » Nous sommes d'un avis tout à fait différent, et pour de pareilles tumeurs, l'abstention est sûrement la conduite la plus sage.

En revanche, nous sommes partisan de l'ablation pour les tumeurs du cervelet et surtout de l'angle ponto-cérébelleux. Ces dernières peuvent être localisées avec une grande précision, elles sont généralement faciles à cueillir, enfin elles tuent fatalement si on n'intervient pas. Par malheur, c'est précisément dans ces cas que la décompression brusque du bulbe et son déplacement provoquent des morts subites. Aussi bien cette chirurgie ne donnera-t-elle de beaux succès que lorsque les opérations seront faites d'une façon précoce.

3° *Cas dans lesquels nous savons seulement de quel côté doit siéger la lésion.* — « La craniectomie, de ce côté, s'impose, nous dit Tuffier, large, exploratrice, puis palliative, si on ne trouve rien. »

Je vois mal les possibilités réelles de cette large exploration d'avant en arrière et de haut en bas. Tous ceux qui ont un peu de pratique de la chirurgie cérébrale me comprendront et, pour ma part, je voudrais que Tuffier nous dise, avec plus de détails qu'il ne l'a fait, les résultats qu'il a obtenus en procédant comme il le conseille.

En tout cas, lorsque les signes de localisation nous renseignent tout juste sur le côté de la lésion, nous pensons, nous, que, dans l'immense majorité des cas, il faut s'en tenir à la simple décompression.

4° *Le malade se présente sans aucun signe permettant de savoir même de quel côté siège la tumeur.* — Ici, notre accord est forcément parfait. « La décompression palliative ou la ponction est alors le seul mode de traitement. »

Comme on le voit, nous sommes loin de nous entendre, Tuffier et moi, sur les indications de la trépanation décompressive.

Pour lui, ce n'est jamais qu'un pis aller, et toutes les fois qu'il existe le moindre signe valable de localisation, il a, suivant l'expression de Broca, le parti pris de la recherche néoplasique.

Pour nous, au contraire, toute tumeur cérébrale n'est justiciable de l'extirpation que lorsque son siège est parfaitement déterminé, et que son ablation totale est possible sans délabrements excessifs. Et comme je l'ai déjà dit, nous pensons que cette ablation doit être faite en deux temps.

Dans tous les autres cas d'hypertension intra-cranienne, nous

sommes convaincus qu'il faut se contenter d'un traitement palliatif. La ponction lombaire sera d'abord employée suivant la technique de Babinski. Tant qu'elle suffira, on s'en contentera, puis on procédera, si nécessaire, à la trépanation décompressive.

Et ici, à propos du *manuel opératoire*, nouvelle et profonde divergence.

La technique constante de Tuffier est la suivante : « Résection de la dure-mère, bordage de la perte de substance osseuse, et mise au contact du liquide céphalo-rachidien avec la face profonde des lambeaux des parties molles. » Notre collègue Pierre Delbet est du même avis. Il ne comprend pas « comment la disjonction des deux actes opératoires diminue les dangers de la décompression » ; et, toujours, il ouvre d'emblée la dure-mère.

Or, nous sommes, nous, parfaitement convaincu que l'ouverture immédiate de la dure-mère est une manœuvre dangereuse, et que, par conséquent, la trépanation décompressive doit toujours être pratiquée en deux temps.

Il faut ouvrir le crâne osseux sans inciser la dure-mère et en sacrifiant l'os. Le plus souvent, contrairement à ce que pensent Tuffier et Delbet, tous les symptômes disparaissent ou s'amendent. Si au bout de quelque temps ils persistent ou s'accroissent, il sera toujours temps de pratiquer le deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire l'incision de la méninge dure.

Pratiquée de cette façon, la trépanation décompressive est sûrement une opération bénigne. Sur 72 trépanations décompressives faites par de Martel dans mon service, on ne relève en effet que 9 insuccès, et dans six de ces cas malheureux il s'agissait de tumeur du bulbe ou de la protubérance.

Quant à la *valeur thérapeutique* de cette opération, elle est à mes yeux indiscutable, et je saisis mal les réserves de mon ami Tuffier. Que tous les opérés chez lesquels il s'en est tenu à l'opération décompressive soient morts dans l'année, c'est entendu. Mais cela prouve simplement que le plus souvent nous nous attaquons à des lésions progressives. Et, suivant la judicieuse observation de Broca, Tuffier devrait bien comparativement nous dire ce que sont devenus « dans l'année » les patients chez lesquels il a pu enlever les tumeurs. « Les miens, nous a dit Broca, sont tous, sauf un, morts dans l'année, morts par récidive de leur gliome ou sarcome, ou gliosarcome, que ce gliome ait ou non été kystique. »

La vérité est que presque tous les opérés qui survivent à l'intervention sont grandement améliorés. Trop souvent, il est vrai, ils meurent dans les quelques mois qui suivent, mais ils ne souffrent plus et conservent la vue jusqu'à la fin, ce qui est bien

quelque chose. D'autres, et j'en sais plusieurs parmi les opérés de de Martel, sont mieux partagés encore. Leur guérison date de dix-huit mois ou même de deux ans. Et certes, la vie leur paraît bonne ! Voyez plutôt certain jeune opéré de Babinski qui se donne la joie de lui envoyer des bécasses qu'il tue lui-même. Ce qui prouve tout au moins que sa névrite optique est bien enrayée. Enfin, pour exceptionnel que ce soit, il arrive que dans 5 p. 100 environ des cas observés, la trépanation décompressive s'adresse à des lésions capables de guérison ou simplement d'arrêt dans leur marche extensive. Tel, certain ouvrier couvreur que j'ai vu trépaner par de Martel. Il est mort d'hémoptysie deux ans après l'intervention et, à l'autopsie, on a trouvé un tubercule du cervelet cicatrisé.

M. TUFFIER. — Le professeur Segond a pris comme thème de son exposé, la division que j'avais exposée pour préciser notre conduite à tenir dans les décompressions palliatives pour tumeur du crâne. Je laisse de côté tous les points qui nous unissent pour étudier l'étendue de notre désunion et tenter une réunion par approche.

La tumeur existe dans l'un des hémisphères : faut-il s'arrêter à la résection de l'os et respecter la dure-mère? Mes préférences sont pour la recherche du néoplasme, non pas en faisant une hémicraniectomie, que je ne préconise pas et que je n'ai jamais exécutée dans ces cas, mais à travers une brèche suffisante pour aborder largement les circonvolutions externes. Puis, après incision de la dure-mère, j'explore de l'œil un peu et du doigt largement dans une étendue de plus de 15 centimètres, la face externe de l'hémisphère. J'espère ainsi trouver en un point un changement de consistance m'indiquant le siège de la tumeur, j'agrandirai alors ma brèche osseuse de ce côté; si au contraire mon exploration est négative, mon opération restera décompressive, j'aurai ainsi conscience d'avoir donné à l'opéré un maximum de bénéfice avec un minimum de danger. Se contenter d'ouvrir le crâne sans ouvrir la dure-mère, c'est s'exposer à laisser sous la couverture et peut-être à un centimètre de l'incision, le corps du délit.

La tumeur est *difficilement abordable* : là encore, avec toutes les précautions nécessaires, je suis partisan d'en chercher le siège et d'en pratiquer l'énucléation. Est-ce que vous croyez que l'hyperpression va céder si la tumeur reste en place? est-ce que vous pensez que l'hypersécrétion céphalo-rachidienne va s'arrêter parce que vous avez ouvert le crâne? est-ce que vous soutiendriez que chez ma malade dont la tumeur était unique, pédiculée, mobile,

son insertion n'étant pas plus grosse qu'une plume d'oie, je n'aurais pas fait acte chirurgical plus satisfaisant, plus bienfaisant et infiniment plus durable, si j'avais extirpé le néoplasme? J'aime mieux un peu plus de courage dans la recherche de ces tumeurs, qu'une abstention qui n'a jamais conduit qu'à la mort rapide, et bien plus douloureuse qu'on ne le dit.

Sans doute vous allez me citer vos 5 p. 100 de malades définitivement guéris par une couronne de trépan. Ma conviction intime est qu'ils n'ont pas plus de tumeur cérébrale actuellement qu'au moment de votre opération. Vraiment la résection d'un fragment osseux suivie d'une pareille guérison ne cadre et ne peut cadrer avec ce que nous savons de la physiologie pathologique des tumeurs cérébrales.

Faut-il toujours, et quand même, *opérer en deux temps*? Ici, je fais très volontiers une concession. Si l'état du malade était grave avant l'opération, si l'hémorragie inséparable de l'opération est mal tolérée, si surtout la perte de sang a été notable pendant la trépanation, j'accepte pleinement l'opération en deux temps; je l'ai pratiquée il y a douze ans et une seule fois à la Pitié. Le facteur *hémorragie* est ici de première importance, la saignée du crâne est absolument différente dans ses effets de la saignée en général. Ce n'est pas sans raison qu'on applique des sangsues derrière la mastoïde, et, passez-moi l'expression, que c'est là, que le furet saigne le lapin. L'anémie aiguë cérébrale qui suit les hémorragies craniennes est toujours grave et joue un rôle très important dans ce que nous appelons les phénomènes de décompression brusque. En dehors de ces indications spéciales, je reste partisan de l'incision immédiate de la dure-mère et de l'exploration cérébrale. Je n'ai pas vu que mes malades aient eu à en souffrir, et ceux que je vous ai présentés bien vivants en ont bénéficié.

On me fait dire que la décompression palliative est une mauvaise opération, une pratique à abandonner. J'ai écrit tout le contraire, et j'ai ajouté que les résultats immédiats étaient remarquables et que la disparition des douleurs était la règle. Mais ce que j'ai prétendu et ce que vous avez tous, en somme, accepté et démontré, c'estque les résultats ultérieurs sont médiocres et que les résultats tardifs n'existent pas, puisque les opérés pour tumeur avérée succombent en immense majorité dans l'année qui suit leur opération.

Rapport.

Invagination intestinale opérée avec succès à la neuvième heure, par le Dr GUILLAUME-LOUIS, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours.

Rapport de M. A. BROCA.

L'histoire de la fillette de six mois opérée par M. Guillaume-Louis est tout à fait classique : début le 3 octobre 1910, à cinq heures du matin, par de violentes coliques, agitation, refus de téter ; à sept heures, selles glaireuses et sanguinolentes ; à 9 heures, vomissements de lait ; diagnostic porté immédiatement par le Dr Gaudeau ; admission à midi dans un service de chirurgie, où M. Guillaume-Louis constate, outre ces symptômes, un boudin mobile et douloureux occupant l'hypocondre gauche ; opération à une heure de l'après-midi par laparotomie sus-ombilicale.

L'opération fut précoce et l'opérée guérit : on ne saurait trop répéter qu'il y a relation absolue entre cette précocité et le succès ; et c'est pour le répéter une fois de plus que je relate ce fait devant vous.

Dans les suites, je signalerai pendant vingt-quatre heures une légère hyperthermie (38°2) et un peu de diarrhée verte pendant quatre jours.

M. Guillaume-Louis me permettra une petite critique. L'invagination portait sur la région iléo-cæcale, introduite dans le côlon ascendant. La désinvagination fut faite à la fois par un aide, qui en exprima le boudin de bas en haut, et par le chirurgien, qui exerça quelques tractions de l'intestin grêle en même temps qu'avec une sonde cannelée il libérait quelques adhérences au collet. Il nous est dit, je le sais, que ces tractions furent *très légères* : j'eusse préféré qu'elles aient été nulles, et à la neuvième heure il me paraît à peu près certain que le chirurgien eût réussi l'expression, que pour ma part je ne confie pas à un aide.

M. KIRMISSON. — M. Broca, nous dit : C'est là un fait banal. Je ne partage pas cette opinion. Il ne s'agit pas là d'un fait banal, mais d'un cas très intéressant. Les faits de cette nature sont fréquents en Angleterre, parce qu'on y opère l'invagination intestinale aux premières heures de cet accident.

Si, chez nous, les mêmes succès ne s'observent point, c'est, ainsi que je l'ai dit souvent, et l'observation de M. Guillaume-Louis le

démontre nettement à nouveau, que nous sommes appelés à opérer trop tard.

J'insiste donc pour que cette observation très importante soit publiée dans nos bulletins.

— Les conclusions du rapport de M. Broca sont mises aux voix et adoptées.

Encéphalocèle occipitale traitée par l'extirpation; examen histologique de la pièce, par M. P. Guillaume-Louis, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours.

Rapport de M. BROCA.

Les extirpations d'encéphalocèle sont peu fréquentes, d'abord parce que la malformation est rare, ensuite parce qu'on croit la plupart du temps que l'opération est inutile. A la région occipitale, cependant, quelques cas s'y prêtent, et M. Guillaume-Louis en a rencontré un. Voici l'observation résumée.

Observation. — Une fille de deux jours, d'ailleurs bien conformée, porte à la protubérance occipitale une tumeur grosse à peu près comme la moitié de la tête.

Elle retombe sur le sillon postérieur du cou et est rattachée à l'occipital par un pédicule entouré d'une collerette de longs poils. La peau qui la recouvre est très amincie et comme prête à se rompre; au niveau du pédicule, cependant, elle est chagrinée et prend comme un aspect cicatriciel.

A la palpation, la consistance est molle. La tumeur n'est pas réductible; mais dès qu'on y touche, l'enfant pousse des cris. Il n'y a ni battements, ni souffle, ni phénomènes d'expansion. Aucun trouble moteur.

Comme la peau paraissait prête à se rompre, M. Guillaume-Louis pratiqua l'extirpation le 5 mai 1910, l'enfant ayant alors cinq jours. Il disséqua pour ce faire deux lambeaux cutanés, qui recouvrirent le pédicule sectionné au-dessus d'une double ligature.

Pendant l'opération, l'enfant a pâli beaucoup. On lui injecte 2 centimètres cubes d'huile camphrée et 1 centimètre cube d'éther. Elle est reportée dans son lit, où on la réchauffe avec des bouillottes et de l'ouate chaude. Les suites opératoires furent très simples. L'enfant ne présenta aucune réaction fébrile. Les crins sont enlevés au dixième jour; la réunion est parfaite. L'enfant a été revue le 15 novembre 1910. Elle n'a jamais été souffrante et n'a présenté aucun symptôme nerveux. Elle est gaie et engraisse normalement; l'état physique est aussi satisfaisant que possible.

L'*examen histologique* de la masse enlevée fut pratiqué par le Dr Guiraud (de Tours) et vérifié par P. Lecène. Je le transcris intégralement, à titre de document relativement rare.

La pièce est une poche constituée extérieurement par de la peau, intérieurement par une membrane libre avec des épaississements et quelques plis. Cette membrane se détache facilement. Fixation au formol. Inclusion à la paraffine.

La peau est fœtale et ne présente rien d'anormal. On trouve quelques poils; au-dessous, épaisse couche de tissu conjonctif et tissu musculaire lisse; glandes sudoripares. Très nombreuses veines de gros calibre. Dans sa partie profonde, le tissu conjonctif devient moins dense, présente des mailles et contient une quantité énorme de grosses veines parfois rangées côte à côte.

La couche la plus profonde est nettement distincte du tissu conjonctif. Au premier aspect, elle apparaît comme un réseau délicat à mailles petites et polygonales possédant de nombreux noyaux et des plaques amorphes. Quelquefois, ce tissu se dispose sur deux couches distinctes; d'autres fois, il est repoussé en dedans par un prolongement vasculo-conjonctif provenant de la couche moyenne. Nulle part, à la limite profonde, on ne trouve trace de membrane épendymaire. Il s'agit de tissu névroglique qui se présente sous des aspects différents, suivant qu'il est plus ou moins profond.

Dans la profondeur (loin de la peau) on trouve des cellules névrogliques nettes, dont le corps est triangulaire ou polygonal et si fortement coloré que le noyau se distingue mal. Des angles, partent des prolongements épais, colorés, ondulés, qui vont s'anastomoser avec ceux des cellules voisines pour former des mailles assez grandes et irrégulières.

Plus loin (en allant vers la peau) le réticulum devient plus régulier, plus petit, moins coloré; les noyaux se distinguent très nettement, ils sont ovalaires, assez réguliers, avec deux ou trois grains de chromatine très nets. Habituellement, ce noyau occupe une position identique dans une plage amorphe qui tranche nettement sur le réticulum. Dans beaucoup de cellules, cette plage représente très nettement le cytoplasme périnucléaire. A la périphérie, elle présente des prolongements très nets et assez gros qui se continuent avec le réticulum voisin.

Plus loin, enfin (toujours vers la peau), ces prolongements deviennent plus petits et moins évidents, mais, par les variations de la vis micrométrique, on les voit se confondre avec les fines mailles du réseau environnant. Les noyaux sont moins colorés et plus nombreux; souvent, ils sont groupés par paires, quelquefois au nombre de trois ou quatre. Parfois, ils sont disposés aux deux extrémités de la plage amorphe plus haut décrite. Souvent, on en voit deux accolés ensemble avec des faisceaux chromatiques de même nombre et de même disposition; quelquefois, enfin, on les voit en train de se séparer à l'intérieur d'une plage amorphe; ils sont encore réunis par un pont internucléaire. Il s'agit, évidemment, de division directe et de karyokinèse quelquefois atypique (quatre noyaux en tétrade, noyaux irréguliers, etc...).

Il semble logique d'admettre que la préparation montre les divers

stades évolutifs d'un tissu : vers la peau, il est très jeune ; plus profondément, il se différencie. D'abord, le noyau enveloppé de cytoplasme amorphe se divise par karyokinèse. A la division nucléaire ne correspond pas une division cellulaire ; il semble qu'à la périphérie le cytoplasme amorphe se différencie en réticulum fibrillaire, en continuité avec le réticulum des éléments voisins.

La transformation fibrillaire s'étend peu à peu vers le noyau.

Dans la profondeur, la différenciation est complète et il ne reste plus qu'une mince couche de cytoplasme périnucléaire. Ce processus ressemble beaucoup à celui décrit par M. Retterer pour les cellules du corps muqueux de Malpighi.

Les capillaires sont assez nombreux, les fibres du réticulum se fixent directement sur leurs parois.

Le procédé de Weigert-Névroglie (d'ailleurs difficile pour des coupes à la paraffine) n'a pas donné de bonnes colorations. Les meilleurs résultats, et de beaucoup, ont été obtenus avec l'hématoxyline à l'alun de fer. Il a été impossible de trouver trace de cellules nerveuses : ni la méthode de Nissl, ni l'hématoxyline, ni l'imprégnation argentique n'ont rien donné. Rien, d'ailleurs, dans les préparations, ne ressemble aux cellules pyramidales du fœtus.

Après avoir enregistré ce succès opératoire, nous serions fort heureux si, dans quelques années, M. Guillaume-Louis nous disait ce qu'est devenu l'état cérébral de l'enfant. Aujourd'hui, l'intérêt principal me paraît résider dans l'examen histologique qui a mis en lumière deux faits :

1° La présence exclusive de la névroglie ;

2° On peut voir dans la coupe le développement des cellules névrogliques, au moins à l'état pathologique.

— Les conclusions du rapport de M. Broca, mises aux voix, sont adoptées.

Appendicite aiguë post-traumatique,
par M. le Dr Robineau, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. WALTHER.

Vous m'avez chargé d'étudier et de rapporter devant vous une observation qu'a présentée à la Société M. le Dr Robineau, il y a plusieurs mois déjà. Cette observation doit être relatée avec quelque détail, à cause de l'intérêt tout particulier des accidents qu'elle mentionne.

Le 3 février 1909, à huit heures du soir, M. Robineau était appelé comme chirurgien de garde, à l'hôpital Laënnec.

Il y trouvait une malade présentant les signes d'une perforation intestinale. Cette femme, âgée de vingt-six ans, avait été reçue d'urgence, le même jour, à trois heures de l'après-midi, et voici les renseignements recueillis et donnés à M. Robineau par l'interne de garde, M. Lerat : Cette femme, jusqu'ici bien portante, n'ayant présenté aucun phénomène douloureux, aucun malaise, avait été frappée la nuit précédente par son mari. Déjà, huit jours avant, il avait tenté de l'étrangler. Cette fois, alors qu'elle était couchée, il lui donna un violent coup de pied dans le ventre. Le coup porta au niveau de la fosse iliaque droite.

Autant qu'on peut le préciser, la malade était couchée sur le dos, le coup fut porté de haut en bas et c'est le talon qui contusionna l'abdomen.

La douleur fut d'emblée très vive et ne cessa pas, depuis le moment du traumatisme ; elle s'était accrue progressivement dans la journée, ce qui motiva le transport de la malade à l'hôpital.

L'examen, pratiqué à ce moment par M. Lerat, montre que le ventre n'est ni contracturé, ni météorisé ; la température est de 37 degrés, le pouls est à 80, bien frappé ; le visage n'est pas altéré.

La malade est mise en observation, à la diète absolue, avec application d'une vessie de glace sur l'abdomen.

Trois heures plus tard, deux vomissements surviennent ; le pouls est resté à 80, mais la température monte à 38 degrés. On constate une légère contracture de la paroi du côté droit et les douleurs paraissent plus vives.

M. Robineau est appelé par M. Lerat et voit avec lui la malade, à huit heures du soir, par conséquent vingt heures exactement après le traumatisme.

A ce moment la contracture musculaire est très nette, bien limitée à droite, La percussion de l'abdomen ne révèle ni matité ni sonorité anormales. Le toucher vaginal est négatif ; on ne constate aucune trace de contusion des téguments. L'aggravation progressive de l'état de la malade depuis son entrée fait soupçonner à M. Robineau une perforation intestinale, qu'il croit pouvoir localiser à la terminaison de l'intestin grêle ou au cæcum.

Je reproduis ici textuellement les détails de l'intervention :

« Laparotomie latérale droite, de 10 centimètres sur le bord du grand droit, au niveau du maximum de douleur qui coïncide avec le point de Mac Burney. Le péritoine est à peine incisé qu'il en sort des gaz et une petite quantité de liquide trouble et grumeleux d'odeur fécaloïde. Le cæcum apparaît dans la plaie et, dès que je l'attire, l'écoulement liquide augmente. Pensant que la perforation siège sur le cæcum, j'extériorise cet organe et, avec lui, l'appendice.

libre, long de cinq à six centimètres. J'aperçois alors la perforation à l'insertion même de l'appendice, sur sa face antéro-interne près du méso; elle est arrondie, très petite, d'un diamètre de 2 à 3 millimètres, et occupe le centre d'une petite plaque de sphacèle. Par cet orifice s'écoule en abondance le contenu du cæcum, sous forme de liquide jaunâtre et grumeleux.

« L'appendice lui-même est turgescent, rigide, vascularisé à sa surface; il ne renferme pas de calcul. Le méso, falciforme, est court et infiltré de graisse.

« L'intestin grêle est normal. Le cæcum présente, au niveau du fond, de nombreuses brides de péritonite chronique, mais il n'y a pas d'adhérences pariétales ou épiploïques. L'épiploon n'est d'ailleurs pas aperçu.

« Après avoir pincé et coupé le méso-appendice, je reconnais que la plaque de sphacèle ne se limite pas à l'appendice, mais dépasse le méso et s'étend au cæcum. Elle mesure environ un centimètre et demi de long sur un centimètre de large. Je la circonscris avec des ciseaux pour la détacher ; elle est superficielle et n'intéresse pas la tunique musculeuse du cæcum.

« Poursuivant la dissection, je puis contourner la racine de l'appendice, et attirer par traction un cônemus culo-muqueux sain qui est lié à sa base et cautérisé. Un surjet rapproche les lèvres de la brèche péritonéale, par-dessus le moignon de l'appendice.

« L'abdomen est asséché autant que possible, il y a beaucoup de liquide dans le petit bassin. Trois drains sont placés, un pelvien, un iliaque, un sous-hépatique.

« Suture partielle de la paroi en deux plans.

« La malade a guéri, avec suppuration de la plaie au niveau du drainage, et a quitté l'hôpital, la cicatrisation terminée, trente-huit jours après l'opération. »

L'histoire clinique est d'une netteté frappante. Le point si précis d'un traumatisme violent, exactement limité, chez une femme jusque-là bien portante, la progression ininterrompue de douleurs, l'apparition de la contracture de la paroi et des vomissements quinze heures après le traumatisme, tout cela semble bien impliquer l'idée d'une rupture traumatique. Le siège même de la perforation permettait de croire à un arrachement partiel de l'appendice. D'autre part, on s'expliquerait mal, comme le fait observer M. Robineau, avec cette simple notion de traumatisme, l'existence de cette plaque de sphacèle si fréquente dans les appendicites gangreneuses, et l'état turgescent de l'appendice; de plus, les brides péritonéales du cæcum pouvaient déceler un état inflammatoire ancien.

L'interrogatoire de la malade ne révéla aucun symptôme appré-

ciable d'appendicite ancienne aiguë ou chronique. Elle n'avait jamais souffert du ventre, n'accusait aucun trouble digestif. Parfaitement réglée, elle avait eu quatre enfants sans aucun incident.

Nous touchons donc ici au point le plus délicat de la pathogénie, de l'appendicite traumatique. Dans quelle mesure le traumatisme évident, violent, a-t-il provoqué la rupture et la réaction infectieuse, ou a-t-il pu créer de toutes pièces une appendicite aiguë gangreneuse perforante, ou seulement aggraver des lésions inflammatoires déjà existantes?

L'étude histologique de la paroi du cæcum et de l'appendice, au niveau de la perforation, pouvait donner un renseignement précis sur l'importance réelle de la lésion traumatique. Cette étude a été faite, à l'hôpital de la Pitié, par mon chef de laboratoire, M. Touraine, et voici le résultat de son examen :

« Une tranche de l'appendice a été examinée au niveau de la rupture même. Celle-ci a dû précéder l'opération d'un temps assez long, car toute l'épaisseur de la muqueuse est infiltrée par de très nombreux leucocytes, presque exclusivement des polynucléaires, qui forment une nappe continue, un véritable bourrelet au niveau de la perforation. La surface de cette dernière est irrégulière, car les muscles sont rompus en retrait sur les autres tuniques, tandis que la sous-muqueuse fait hernie sur la surface de section.

« Il n'y a pas trace d'hématies, ni de dépôt d'hémoglobine qui indiquerait une rupture tout au moin récente.

« La muqueuse de l'appendice présente des glandes tubuleuses assez rares, dissociées par les polynucléaires, et dont l'épithélium est en grande partie détruit.

« Dans la sous-muqueuse, notablement hypertrophiée, on ne rencontre guère que des leucocytes et des vaisseaux dilatés et congestionnés. La musculeuse est complètement dissociée par des leucocytes. Enfin la sous-séreuse est hyperplasiée d'une façon énorme; dans le tissu cellulaire lâche, les leucocytes sont relativement moins abondants. Pas de folliculite nette.

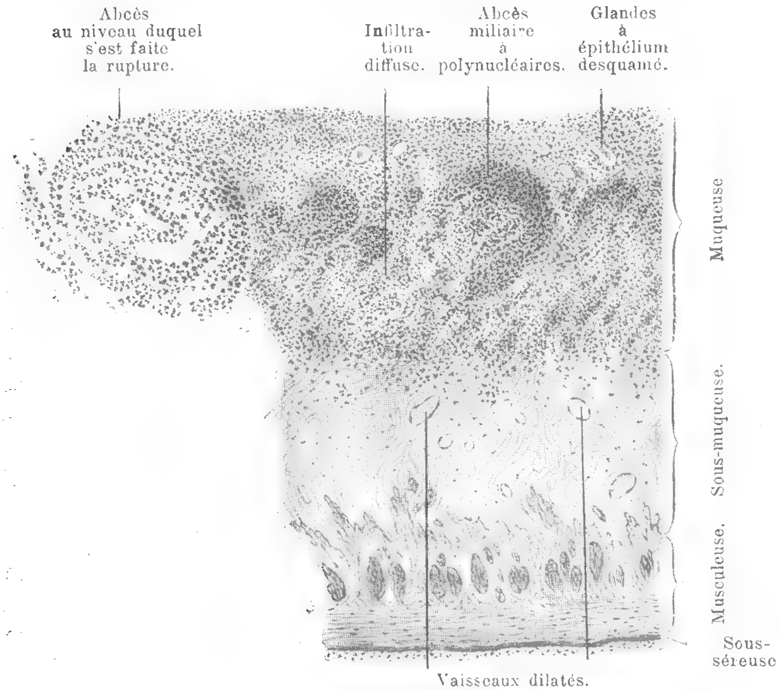
« Ces lésions sont celles d'une appendicite aiguë avec infiltration puriforme intense de toutes les tuniques.

« Si la perforation traumatique a existé, ce qui n'est pas impossible, les signes qui auraient pu la révéler, c'est-à-dire les hémorragies multiples, ont totalement disparu. »

Ces lésions histologiques sont donc celles d'une appendicite banale, et au niveau de la perforation on ne trouve aucune trace d'hématie, aucun dépôt d'hémoglobine témoignant d'une contusion profonde de la paroi intestinale, et il est difficile d'admettre qu'au bout de vingt heures ces traces de rupture traumatique

aient déjà disparu, même avec l'énorme infiltration leucocytaire qui envahit toute la paroi.

D'autre part, il est impossible de méconnaître la réalité du traumatisme qui a marqué si nettement le début des accidents. Si le traumatisme n'a pas produit la rupture de la paroi intestinale, il a pu avoir cependant un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'appendicite suraiguë, grangreneuse et perforante dont on a



constaté les lésions. C'est là un point bien difficile à établir d'une façon absolue; l'existence à la surface du cæcum de stigmates de péritonite ancienne témoigne d'une altération chronique de la région iléo-cæcale. Mais l'examen histologique ne décèle pas trace de folliculite chronique; on ne peut donc admettre d'une façon absolue que le traumatisme n'a fait que réveiller et donner une allure soudaine et brutale à des lésions chroniques véritablement frustres.

En tous cas, cette observation, par la netteté de l'évolution clinique, la précision de la description des lésions, par l'examen histologique très complet, offre un intérêt capital parce qu'elle touche au cœur même de la question si débattue de l'appen-

dicite traumatique, et nous apporte, peut-être, quelque élément sur la pathogénie si obscure de ces lésions.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. Robineau nos remerciements pour ce très intéressant travail que nous conserverons dans nos archives.

Discussion.

M. Quénu. — M. Walther nous apporte une observation étiquetée *appendicite traumatique*, et dans l'exposé des détails, en particulier dans l'examen anatomique des lésions, je ne vois rien qui justifie cette étiquette. Je lui demande donc de nous faire connaître son opinion personnelle.

Pour moi, tenant compte de ce fait qu'il existait des adhérences péritonéales autour de l'appendice et du cæcum, je rangerai ce fait dans le cadre des appendicites inflammatoires vraies.

M. Walther. — Je n'ai pas rejeté le traumatisme dans la production des lésions. Ce que j'ai dit, c'est que le traumatisme ne semble pas avoir produit la rupture primitive complète de l'appendice. Il n'est guère admissible, en effet, qu'un traumatisme assez violent pour provoquer une rupture totale n'ait laissé aucune trace de contusion profonde au bout de vingt heures, ni hématies ni dépôt d'hématine.

Mais il est possible, sans qu'on puisse le prouver et, par conséquent, l'admettre formellement, que le choc ait été suffisant pour provoquer une contusion légère, une déchirure partielle de la muqueuse, pour déterminer, par suite, une infection brutale, suraiguë de la paroi de l'appendice,

Nous trouvons, en effet, ici toutes les lésions histologiques de l'appendicite suraiguë, gangreneuse, et pas de lésions de folliculite chronique. Il est possible qu'il existât quelques lésions chroniques non décelées ni cliniquement ni histologiquement, et les quelques traces de péritonite chronique constatées à la surface du cæcum portent à le soupçonner.

Il n'en est pas moins vrai que nous ne pouvons dénier au traumatisme un rôle important, capital, dans la production des accidents aigus, infectieux.

M. Quénu. — M. Walther nous dit : « Je n'affirme pas que ce soit là une appendicite traumatique; j'avance seulement que cela peut être. »

Je lui répondrai : D'une manière générale, tout est possible; mais ce n'est pas ainsi que nous devons raisonner.

Que le traumatisme ait été, dans le cas qui nous occupe, une cause occasionnelle capable de provoquer des accidents aigus et même un foyer de gangrène, je puis, si vous le voulez, l'accorder. Mais là n'est pas le point essentiel. Y avait-il appendicite préalable, ou n'y avait-il pas appendicite? Voilà ce qui est capital. Or, de l'examen des faits, je conclus qu'il y avait appendicite antérieure, les adhérences péritonéales le prouvent.

Ce n'est pas une critique du cas de M. Robineau que je fais ici. Je m'élève contre l'opinion qui voudrait faire de ce cas un exemple démonstratif de ce qu'on a appelé l'*appendicite traumatique*. Cette démonstration, pour moi, est encore à faire.

M. WALTHER. — Il m'est d'autant plus facile de répondre maintenant à M. Quénu que j'ai précisément gardé, dans les conclusions de mon rapport, la réserve qu'il me conseille et qu'il semblait me reprocher tout à l'heure.

Les conclusions du rapport de M. Walther, mises aux voix, sont adoptées.

Lecture.

Traitement de la péritonite généralisée,

par J. LAFOURCADE (de Bayonne).

Dans le courant de l'année dernière, de décembre 1909 à janvier 1911, je suis intervenu dans neuf cas de péritonite diffuse, en ayant recours à la technique décrite au Congrès de chirurgie de 1909 par M. Gibson (de New-York), qui, si j'en crois les résultats que j'ai obtenus, constitue un progrès réel du traitement de cette grave affection.

Durant cette période, j'ai été appelé auprès de trois autres malades atteints de péritonite appendiculaire, dont l'état me paraissait trop grave pour que l'opération pût être tentée. Je m'abstiens dans les infections diffuses du péritoine, quand le malade a les extrémités refroidies, le pouls incomptable, à peine perceptible et qu'il présente ce bien-être qui précède la mort. Pour apprécier la résistance que peut encore offrir un malade dont la situation paraît très grave, j'injecte sous la peau 1.000 grammes de sérum caféiné et de 5 à 10 centimètres cubes d'huile camphrée. Si la contractilité cardiaque ne se relève pas, ou si cette der-

nière ne se relève que quelques instants pour retomber à son état antérieur, je renonce à intervenir.

Il est bien entendu que j'ai en vue seulement la péritonite généralisée, c'est-à-dire les cas d'infection du péritoine dans lesquels il n'y a aucun enkystement des lésions, et dans lesquels l'intestin baigne directement dans le pus ou les produits septiques, quels que soient les caractères de ces derniers et la cause de l'infection.

Je me suis conformé dans mes opérations à la technique suivante :

1° Anesthésie à l'éther, ou, mieux, au mélange alcool-chloroforme-éther administré avec l'appareil Ricard que j'emploie presque exclusivement depuis trois ans;

2° Incision unique sur la fosse iliaque droite dans la péritonite appendiculaire. Dans les péritonites d'origine stomacale ou biliaire, incision sus-ombilicale et incision sus-pubienne pour le drainage du Douglas ;

3° Ablation de l'appendice. Suture de la perforation de l'estomac, etc.;

4° Pas de lavage, pas d'asséchement à l'aide des compresses, recherchant le minimum de manœuvres intra-abdominales;

5° Mise en place d'un gros drain dans le Douglas. Dans un cas, j'ai placé un second drain transversal. Dans une autre circonstance, j'ai placé un drain remontant vers la région sous-hépatique. Le ou les drains sont laissés en place jusqu'à ce que la suppuration soit à peu près tarie;

6° Le malade étant transporté dans son lit est placé dans la position de Fowler, le buste presque vertical;

7° Pour remonter la tension artérielle, huile camphrée toutes les heures et surtout sérum à hautes doses. L'absorption de ce dernier est faite comme le conseille M. Gibson, par la voie rectale, le débit étant réglé au goutte à goutte. Un adulte reçoit ainsi de 14 à 16 litres de sérum dans les vingt-quatre heures et un enfant de 4 à 6 litres. Si le danger est pressant, en même temps que le goutte à goutte on utilise la voie sous-cutanée;

8° Absorption de 0 gr. 80 à 1 gramme de calomel ou de 80 à 100 grammes d'huile de ricin introduite par le tube de Faucher après lavage préalable de l'estomac;

9° Si les vomissements continuent après l'opération, si la tension épigastrique persiste avec sensation de barre, les lavages de l'estomac sont indiqués. Les lavages qui ramènent parfois non seulement du liquide bilieux, mais encore un liquide d'aspect et d'odeur fécaloïdes, sont suivis d'une amélioration très marquée. Ils sont réclamés par les malades eux-mêmes;

10° Dès que l'état gastrique le permet, l'alimentation est reprise et progressivement augmentée.

Telles sont les grandes lignes du traitement opératoire et post-opératoire que j'ai suivi dans les péritonites généralisées que j'ai opérées depuis un an. C'est en usant des injections stimulantes, du sérum, du purgatif précoce, des lavages de l'estomac répétés, que l'on obtient des guérisons dans des cas qui paraissent désespérés.

Voici le résumé des neuf cas opérés dans lequel je ne relève que les faits les plus saillants :

Obs. I. — Je suis appelé, en décembre 1909, auprès d'un malade de trente-huit ans, qui est au second jour d'une péritonite appendiculaire (Drs Bon et Bourretère). Le diagnostic étiologique est très difficile à établir. Nous croyons plutôt à une perforation du pylore ou du duodénum. Je fais incision sous-ombilicale, constate intégrité estomac, pylore et duodénum, et referme rapidement. Incision fosse iliaque droite. Appendice perforé. Péritonite diffuse suppurée. Anses intestinales dilatées et recouvertes enduits fibrineux. Un seul gros drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. II. — Le 2 janvier 1910, je vois un malade de cinquante-huit ans, atteint de péritonite depuis vingt-quatre heures. Diagnostic de perforation, ulcère du pylore est certain. Malade transporté à ma clinique et opéré deux heures plus tard. Incision sus-ombilicale. Perforation de 1 centimètre environ du pylore près de la petite courbure face antérieure ; suturée par double rangée en prenant les parois de l'estomac de très loin. Epiploon ramené par-dessus. Drainage de la région, puis incision sus-pubienne et drain dans le Douglas. Le malade a été pendant quelques jours dans un état très grave. *Guérison* avec fistule gastrique qui a guéri spontanément après trois mois.

Obs. III. — Jeune dame récemment mariée, prise en janvier 1910 d'accidents qui en imposent pour un avortement tubaire droit avec foyer d'hématosalpinx pour lesquels elle est soignée par le Dr Dutournier. Quinze jours plus tard, aggravation soudaine à 9 heures du matin. La malade est transportée à ma maison de santé et opérée à trois heures de l'après-midi (Dutournier-Lanon). L'état est tel que l'on peut craindre la mort pendant l'opération. Incision sus-pubienne. Ecoulement de pus en assez grande quantité. *Je constate l'intégrité absolue des annexes*. Je trouve, par l'exploration, un foyer suppuré de la grosseur d'une orange *qui était ouvert dans l'abdomen* placé à droite du promontoire et plongeant dans le petit bassin. Drain dans l'abcès. Autre drain dans le Douglas. Des compresses séparent le petit bassin de la grande cavité abdominale. L'état de la malade ne permet pas la recherche de l'appendice.

Tout est mis en œuvre pour réchauffer et ranimer la malade. Le soir, le pouls est déplorable, la respiration accélérée, les extrémités cyanosées. La malade ne me paraît pas devoir passer la nuit. Le lendemain, l'état est encore très mauvais. Quarante-huit heures après l'opération, évacuation intestinale abondante, à la suite de laquelle légère amélioration qui va en s'accentuant.

Mèches enlevées le quatrième jour.

Quelques lavages à l'eau oxygénée par les tubes à cause de la fétidité de l'écoulement.

Le goutte à goutte a fonctionné pendant cinq jours, et 80 litres environ de sérum ont été absorbés.

Trois mois plus tard, j'ai enlevé l'appendice par une opération très laborieuse. Guérison parfaite.

Obs. IV. — Le 3 février 1910, entre à ma clinique une malade atteinte d'une infection péritonéale aiguë dont le début remonte à dix jours. Je fais le diagnostic de *péritonite par rupture d'un kyste hydatique du foie infecté.* Le ventre étant extrêmement ballonné et rempli de liquide, j'extrais par ponction 8 litres de liquide biliaire et purulent. L'état de la malade est des plus alarmants. La ponction, le traitement institué amènent une légère amélioration, et le 4, au matin, je fais une incision sur le bord externe du muscle droit pour explorer le foie. Péritonite diffuse avec lésions très avancées. J'aperçois sur la face inférieure du foie un volumineux kyste hydatique ouvert. J'en extrais la membrane mère, suture ses bords à la paroi, tout en drainant largement la cage sous-hépatique.

Puis incision sus-pubienne. L'intestin est couvert de fausses membranes, le petit bassin contient du pus, qui est évacué.

Drain dans le Douglas.

Malgré l'état très grave que présentait l'opérée, l'amélioration survint progressivement et la malade quitta ma clinique le vingtième jour.

Obs. V. — Le 20 juin 1910, le Dr Heugas (de Mauléon) m'appelle auprès d'une de ses petites malades, âgée de seize ans, et qui est au quatrième jour d'une crise d'appendicite avec péritonite généralisée. Temp., 39°5. Pouls à 130, mou et déprimé. Incision classique. Evacuation d'une quantité importante de pus à l'ouverture du péritoine. L'appendice, gangrené et perforé, est réséqué. Anses intestinales très distendues. Petit bassin rempli de pus qui s'est accumulé également dans la région sous-hépatique.

Drain dans le Douglas, second drain sous le foie. — Guérison.

Obs. VI. — Le 2 septembre 1910, je vois avec le Dr Lasserre une malade de quarante-deux ans, *ayant un passé pylorique ancien* et présentant depuis soixante-douze heures des signes de péritonite par perforation. Opération deux heures plus tard à une maison de santé. Incision fosse iliaque droite. Ecoulement d'une grande quantité de pus épais et fétide. Anses intestinales libres, rouges, distendues. Appendice

énorme gangrené à sa pointe. Drain dans le Douglas. Autre drain vers la fosse iliaque gauche. Suites très orageuses. Vomissements continus. Lavages de l'estomac répétés ramènent liquide fécaloïde. Ventre reste très ballonné. Pas d'émission de gaz. Le 6-7 septembre, songeant à faire l'entérostomie, je fais une incision à la novocaïne sur la fosse iliaque gauche, je constate qu'il existe un abcès enkysté en dehors de l'S iliaque, que j'incise et draine largement.

La situation reste encore très grave. Ecoulement purulent abondant par les drains. Le 10 septembre, évacuation intestinale commence à se faire; les premières selles contiennent de l'huile de ricin. A partir de ce moment, l'amélioration se fait très lentement.

Malade quitte la clinique le 28 septembre, sans drains.

J'ai revu cette opérée il y a quelques jours, en excellente santé.

Obs. VII. — Le 18 septembre 1910, le Dr Couget amène à ma clinique un jeune homme de vingt-huit ans, présentant depuis sept jours de l'étranglement d'une hernie inguinale droite. État très grave. Hernie sonore. Ventre ballonné. Diagnostic : hernie gangrenée et péritonite généralisée.

Suivant la technique qui m'est habituelle dans les hernies gangrenées, je fais une laparotomie au-dessus du collet de la hernie, vais à la recherche des anses intestinales afférentes et efférentes au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal, et je résèque l'intestin au-dessus. Fermeture des deux bouts. Entéro-anastomose. Je constate l'existence d'une péritonite diffuse et suppurée. Drain dans le Douglas.

Puis incision prolongée sur le scrotum et ablation du sac fermé et de son contenu septique.

Réparation du trajet inguinal.

Fermeture partielle de l'incision abdominale qui laisse passer le tube placé dans le Douglas.

Le goutte à goutte est très mal supporté.

L'état du malade va en s'aggravant. Il succombe le 21 septembre au matin.

Obs. VIII. — Le 31 décembre 1910, le Dr Lenaud (de Biarritz) me présente une dame de cinquante ans, de passage dans un hôtel de Biarritz, qui a été prise quinze jours auparavant d'accidents rappelant ceux de la torsion d'un kyste ovarien. Nous arrivons au diagnostic de péritonite suppurée par rupture d'un kyste ovarien infecté. L'état de la malade est des plus précaires. Malgré cela, pour lui donner la seule chance de guérison qui lui reste, elle est transportée à ma clinique, où elle est opérée le 1er janvier 1911. Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne.

A l'ouverture du ventre, écoulement d'une quantité considérable de pus. L'abdomen est évacué aussi complètement que possible. J'extrais un kyste ovarien polykystique, du volume d'une tête de fœtus, sur lequel on relève une grosse poche qui est vide. Cette poche a éclaté à la suite d'une infection à point de départ intestinal, quelques adhérences existant entre elle et l'intestin grêle.

Drain dans le Douglas. Traitement post-opératoire américain.

Après une amélioration passagère qui me fit espérer la guérison, la malade succomba le 3 janvier au matin, les symptômes péritonitiques ayant continué.

Obs. IX. — Le 5 janvier 1911, je suis appelé dans une commune des Landes par le Dr Susbielles, pour une jeune fille de quinze ans, qui est au 5e jour d'une seconde crise d'appendicite. Le diagnostic de péritonite généralisée s'impose. Etat très grave. Incision fosse iliaque droite. Pus en grande quantité, emplissant l'abdomen avec maximum dans le petit bassin. Appendice perforé, couché dans angle côlon ascendant et fosse iliaque.

Drain dans le Douglas. Guérison.

Ces neuf observations concernant, il est vrai, des faits disparates, ont trait :

1° A cinq péritonites généralisées appendiculaires qui m'ont donné cinq guérisons;

2° Un cas de perforation de l'estomac d'origine ulcéreuse avec guérison;

3° Un cas de péritonite bilio-septique dû à une rupture d'un kyste du foie infecté et guéri;

4° Un cas de péritonite diffuse accompagnant une hernie inguinale étranglée gangrenée;

5° Enfin un cas de péritonite dû à la rupture d'une poche de kyste ovarique suppurée, ces deux derniers terminés par la mort.

Tous ces cas étaient très graves bien que de facilité différente. Ils m'ont donné deux morts et sept guérisons, ce qui fait 22 p. 100 de mortalité. Sans vouloir attacher trop d'importance aux chiffres et aux statistiques, nous sommes loin des résultats auxquels l'on est habitué avec la péritonite généralisée, qui, antérieurement à la technique sur laquelle j'ai voulu appeler votre attention et connaître votre opinion, me donnait 70 p. 100 de mortalité.

Ce qui améliorerait encore nos résultats, déjà très encourageants, c'est la précocité de l'intervention aussi rapprochée que possible du début des accidents. Mais, malheureusement, nous ne choisissons pas toujours notre heure et nous devons le plus souvent accepter celle qui nous est offerte par le médecin traitant.

Discussion.

M. Quénu. — La communication de M. Lafourcade mériterait une longue discussion. La question est trop importante pour être abordée en fin de séance.

Je veux présenter une simple réflexion et faire remarquer com-

bien il est difficile d'affirmer la diffusion ou la généralisation de la péritonite, et de fournir les éléments propres à faire ce diagnostic.

M. LAFOURCADE. — J'ai appliqué la méthode américaine à un certain nombre de cas de péritonite diffuse ou généralisée. De l'examen des résultats obtenus, j'ai cru pouvoir inférer que cette méthode réalise un réel progrès, et c'est la raison de ma communication.

M. QUÉNU. — Sur ce point particulier je suis d'accord avec M. Lafourcade. C'est une méthode à laquelle j'ai eu recours, et je la crois avantageuse dans certains cas.

M. SAVARIAUD. — Il est très difficile, en présence d'une péritonite, ainsi que vient de le dire mon maître le professeur Quénu, de dire si elle est généralisée en totalité ou en partie; il est très difficile, même en tenant compte de tous les symptômes, de dire quel est le degré de gravité de l'affection; de même il est presque impossible de comparer rigoureusement une série à l'autre.

Malgré cette difficulté d'appréciation, je puis dire, comme M. Lafourcade, que mon impression est nettement favorable au traitement opératoire des péritonites d'après les méthodes américaines.

Je désire, de plus, appeler l'attention sur un petit détail du manuel opératoire, qui permet d'explorer le petit bassin *de visu* à travers une étroite ouverture de la paroi, au moyen d'un vulgaire *spéculum ani* combiné à l'éclairage électrique, autant que possible. Grâce à ce petit procédé, on peut faire la toilette du Douglas, et placer ses drains sous le contrôle de l'œil, au lieu de le faire à l'aveuglette.

Présentations de malades.

Anthrax de la nuque chez un diabétique traité par la vaccinothérapie.

M. TUFFIER présente un homme de quarante-quatre ans, diabétique depuis trois ou quatre ans; 6 gr. 25 par litre, 10 grammes par vingt-quatre heures, envoyé de la consultation le 1er mars avec deux grosses tuméfactions anthracoïdes de la nuque, rendant toute la région occipitale empâtée; nombreux points de folliculite disséminés dans la barbe et au niveau du cou. Langue sale, fatigue; bon état général, cependant. Le jour même, injection de

1 centimètre cube à 500 millièmes d'un vaccin *hétérogène* staphylococcique (M. Mauté).

3 mars. — Des 2 têtes de l'anthrax de gauche, l'une s'est ouverte et laisse s'écouler du pus fluide. Plus de douleur.

6 mars. — 1 centimètre cube à 1000 millièmes. *Vaccin autogène.* — A partir de ce moment, il s'écoule par les petites ouvertures un pus *très fluide.*

Le *15 mars*, il ne reste plus qu'un léger empâtement.

Le 24, *la cicatrice est représentée par deux petites cicatrices ponctiformes.* Parallèlement, l'état général est devenu très bon.

Aucune *incision* ni *cautérisation.*

La nuque a été seulement recouverte pendant les premiers jours d'une compresse de néol imbibée au 1/5 et, pendant vingt-quatre heures, comme il existait un peu d'irritation de la peau, on a fait un badigeonnage au thigénol au niveau des points de folliculite. Vous voyez actuellement le cou de cet homme, je crois qu'aucun traitement ne peut donner un résultat aussi parfait et aussi rapide. C'est pourquoi ayant eu la bonne fortune de suivre toutes les recherches faites à Beaujon par mon élève Mauté, j'ai cru de mon devoir de vous présenter ce malade.

Régression sous l'influence du radium d'un sarcome globocellulaire pur à évolution rapide, ayant débuté au niveau du maxillaire inférieur.

M. Segond. — Au nom de M. Dominici et au mien je vous présente une femme âgée de cinquante ans, qui a été soumise, dans mon service, au traitement radiumthérapique pour une tumeur dont voici l'évolution, la structure et le traitement.

La santé de cette malade était demeurée excellente jusqu'à la fin du mois de juin 1910, époque où débutèrent des douleurs que l'on attribua à de la névralgie dentaire.

Après quelques jours, ces manifestations douloureuses s'accompagnèrent du développement d'une tuméfaction siégeant à la face interne et externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur, qui fut considérée comme une poussée phegmoneuse d'origine dentaire.

Au commencement du mois d'août, le gonflement atteignait à l'extérieur le volume d'un œuf de poule. La peau qui recouvrait le néoplasme s'était ulcérée et livrait passage à un mélange de sang et de pus sanieux.

On procéda alors, à l'École dentaire (10 août), à l'avulsion de toutes les molaires du maxillaire inférieur du côté droit.

Malgré cette intervention, l'état morbide continua de s'aggraver à ce point que, moins de six mois après ses débuts, la tuméfaction était devenue une énorme tumeur inopérable, menaçant d'abréger l'existence de la malade à brève échéance.



Fig. 1. — Aspect de la malade le 10 décembre 1910.

A cette époque (10 décembre), la tumeur se présentait sous la forme d'un énorme bloc irrégulièrement globuleux, à surface crevassée de fissures, à bord légèrement violacé, d'où suintait un liquide ichoreux et sanguinolent. (Voy. fig. 1.)

Implantée du côté droit, sur la presque totalité de la joue, la face externe du maxillaire inférieur, le menton, la région sous-maxillaire, elle mesurait :

En son milieu, de son bord supérieur à son bord inférieur, de 12 à 13 centimètres en ligne droite ;

En arrière, de profil, de son bord postérieur à sa partie culminante, de 11 à 12 centimètres ;

En avant, de sa partie culminante à son extrémité interne, 12 centimètres environ ;

En diagonale, du tragus à son extrémité interne, c'est-à-dire au menton, 13 centimètres environ.

A cette saillie extérieure correspondait une infiltration en profondeur telle que le néoplasme s'étendait de la peau à la muqueuse buccale qu'il refoulait en forme d'épais bourrelet au niveau de la face interne de la joue, de la face interne du maxillaire inférieur et du plancher de la bouche.

La tuméfaction des régions profondes, l'infiltration, la poussée néoplasique ou l'œdème qui l'accompagnait se propagèrent vers le pharynx et le larynx en les repoussant du côté gauche.

A ces modifications anatomiques correspondaient des troubles fonctionnels tels que le cornage, la dysphagie auxquels se joignait une impossibilité presque absolue du langage articulé, de la déglutition, de la mastication, provoquée non seulement par le refoulement de la langue, mais encore par un trismus permettant un écartement de 5 millimètres au maximum entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur.

La difficulté de l'alimentation correspondant à ces troubles fonctionnels expliquait en partie la cachexie de la malade dont le poids avait diminué de 17 kilogrammes en cinq mois (poids : 77 kilogrammes fin juillet 1910, 60 kilogrammes en janvier 1911). Mais la cachexie procédait, d'autre part, de la suppuration qui s'épanchait à la surface du néoplasme, des douleurs atroces qui privaient la malade de tout sommeil, et enfin de la nature même de la tumeur.

Examens histologiques. — Les examens histologiques exécutés à la suite de biopsies pratiquées sur les portions de la tumeur correspondant à la fois aux bords des ulcérations et aux portions du néoplasme recouvertes par la peau démontrèrent la structure du sarcome globocellulaire du type le plus pur. Au reste, je vous présente les planches histologiques du Dr Dominici qui prouvent, mieux que toutes les descriptions, la structure de la tumeur envisagée en des zones différentes.

Traitement radiumthérapique. — Le traitement a été pratiqué dans mon service par le Dr Dominici. Il consista en l'introduction

dans la masse de la tumeur de tubes d'argent à rayonnement ultra-pénétrant de Dominici, à paroi de 5/10 de millimètre d'épaisseur, contenant de 1 à 5 centigrammes de sulfate de radium pur.



Fig. 2. — Aspect de la malade le 30 décembre 1910.

Ces tubes furent implantés dans le néoplasme par mon chef de clinique, de Martel. Le traitement fut inauguré le 10 *décembre* 1910.

A cette date, on introduisit dans la partie postéro-externe de la masse sarcomateuse, située au-dessous du maxillaire, *trois tubes radifères contenant chacun* 5 *centigrammes de radium pur* (le rayon-

nement global des trois tubes était de 47.000); l'inclusion dura *soixante-dix heures.*

Cette première application fut rapidement suivie d'une amélioration caractérisée par la disparition de la douleur et des troubles fonctionnels et la régression de la tumeur.

Quarante-huit heures après l'introduction des tubes radifères, l'atténuation de la douleur était considérable et s'accompagnait de conséquences d'ordres différents, telles que le retour du sommeil et la diminution du trismus.

Le 14 décembre, l'écartement des mâchoires permettait une introduction facile des aliments et l'examen de la cavité buccale. En réalité, c'est à cette période seulement qu'il fut possible de voir et de toucher les bourrelets violacés et résistants, saillants à la face interne de la joue et du maxillaire inférieur de la cavité buccale, exhaussant le plancher de la bouche jusqu'au niveau de la denturs du maxillaire inférieur.

Le 16 décembre commençait l'affaissement du plancher de la bouche associé à une régression manifeste de la masse postéro-externe de la tumeur.

Le 30 décembre, cette partie de la tumeur avait diminué de plus de moitié, et son affaissement contrastait avec la saillie formée par la partie antéro-interne du néoplasme qui descendait, suivant un demi-cercle, du menton vers une ligne verticale passant par le milieu du maxillaire inférieur. (Voy. fig. 2.)

Le 30 décembre, on introduisit dans la masse antéro-interne de la tumeur *quatre tubes radifères contenant chacun 5 centigrammes de sulfate de radium pur* qui séjournèrent dans l'épaisseur des tissus pendant *soixante heures.*

En l'espace d'un mois, la portion sous-maxillaire du sarcome et celle qui infiltrait le plancher de la bouche se résorbèrent à peu près complètement.

Le 7 février, on fit pénétrer par transfixion à travers le conduit auditif externe : 1° *un tube contenant 3 centigrammes de sulfate de radium pur* dans l'épaisseur du tissu néoplasique entre la peau et la branche montante du maxillaire inférieur; 2° *un tube contenant 5 centigrammes de sulfate de radium pur* dans la portion du néoplasme située entre la peau et la muqueuse, parallèlement au bord supérieur du maxillaire inférieur; 3° *deux tubes contenant chacun 1 centigramme de sulfate de radium pur* dans la portion du sarcome qui faisait saillie au niveau du menton.

La durée de l'application fut de vingt-quatre heures.

Elle entraîna la régression du sarcome dans sa partie jugale postérieure.

Le 24 février eut lieu une dernière application de radium qui

consista en l'implantation d'un tube contenant 5 centigrammes de sulfate de radium pur dans la partie antérieure de la joue à travers le sillon sous-génien.

Si vous voulez bien examiner la série des photographies que je



Fig. 3. — Aspect de la malade le 24 février 1911.

vous présente, ainsi que la malade, vous constaterez que la tumeur est réduite actuellement à une minime infiltration néoplasique de la partie antérieure de la joue et de la portion adjacente du menton. (Voy. fig. 3.) Il ne faut pas oublier que la dernière application date de moins d'un mois et que ses effets, d'après

Dominici, doivent continuer pendant au moins quinze jours, temps probablement suffisant pour amener la régression complète, au point de vue clinique, du néoplasme.

Processus histologique de la régression. — En ce qui concerne le processus de la régression, je serai bref.

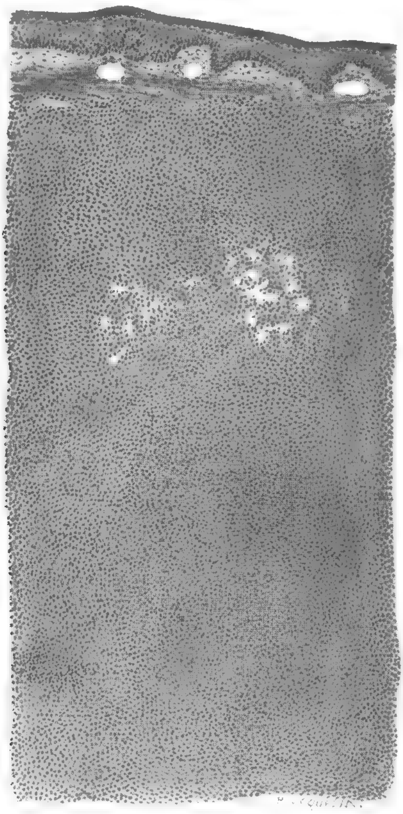


FIG. 4. — Coupe de la tumeur avant le traitement à proximité de la peau (74 *diamètres*).

De haut en bas. Peau. Derme. Tumeur non modifiée reconnaissable à sa structure homogène.

Il s'est exécuté suivant deux mécanismes qui sont :

1° La fonte de l'immense majorité des cellules néoplasiques;
2° Le retour à l'état normal, d'après Dominici, d'une partie des cellules du sarcome.

Dominici explique un tel processus de la façon suivante :

Les cellules du sarcome sont des cellules fixes du tissu conjonctif, ou fibroblastes, c'est-à-dire des éléments primitivement capables d'élaborer des faisceaux conjonctifs et des fibres élas-

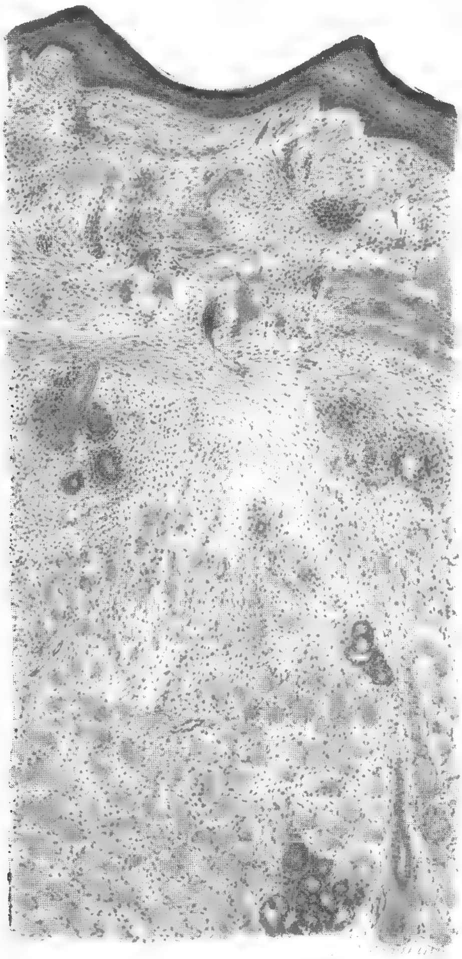


Fig. 5. — Coupe de la tumeur 30 jours *après le traitement* (74 diamètres). Le tissu néoplasique a presque entièrement disparu et se trouve remplacé par des îlots de sclérose.

tiques qui, sous l'influence de l'emprise sarcomateuse, sont repassés à l'état embryonnaire pendant que se résorbaient les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques qu'ils avaient élaborés.

Sous l'influence du rayonnement, une partie des cellules sarco-

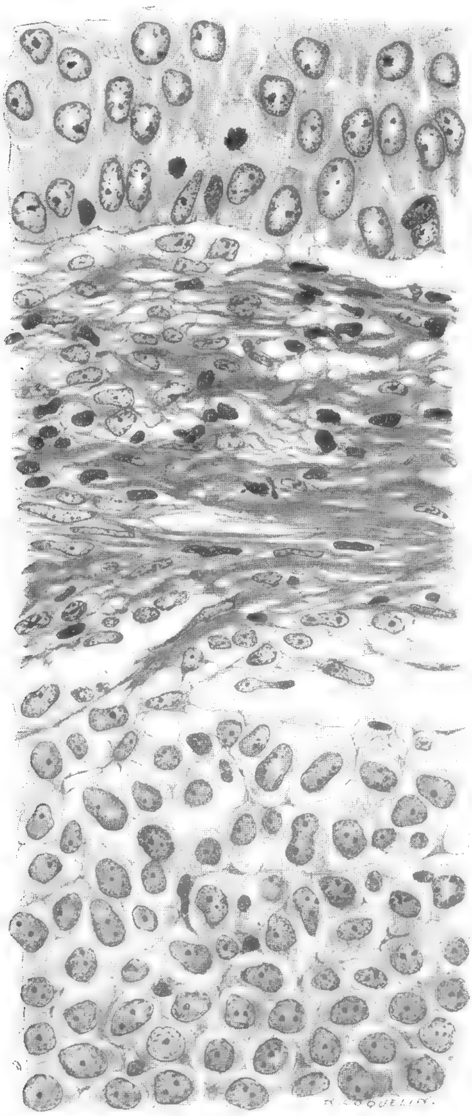


FIG. 6. — Coupe de la tumeur *avant* le traitement à proximité de la peau (800 diamètres). On reconnaît à ce grossissement la structure du sarcome globocellulaire pur.

mateuses, qui étaient destituées de leurs fonctions, les récupèrent et repassent à l'état de fibroblastes, c'est-à-dire de cellules con-

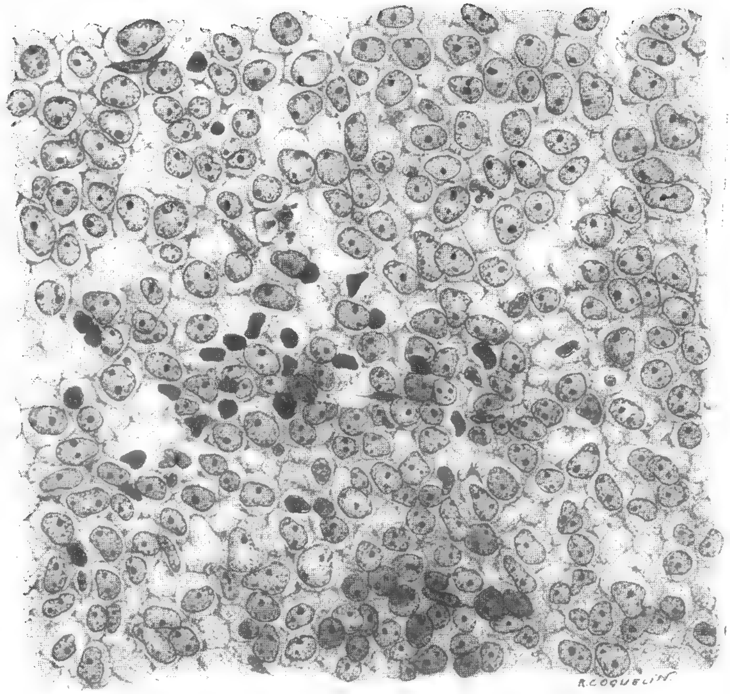


Fig. 7. — Coupe de la tumeur *avant le traitement à distance* de la peau à un grossissement de 800 diamètres.

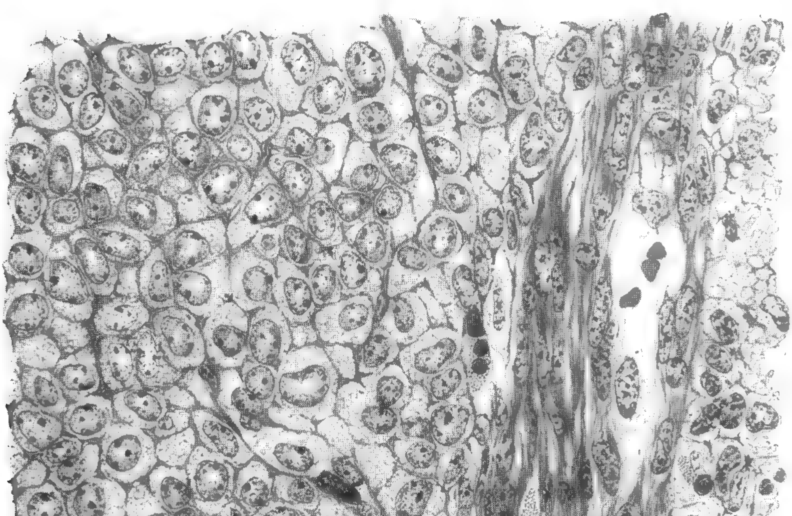


Fig. 8. — Coupe de la tumeur *avant le traitement à distance* de la peau à un grossissement de 800 diamètres.

jonctives normales, élaborant à nouveau faisceaux conjonctifs et fibres élastiques.

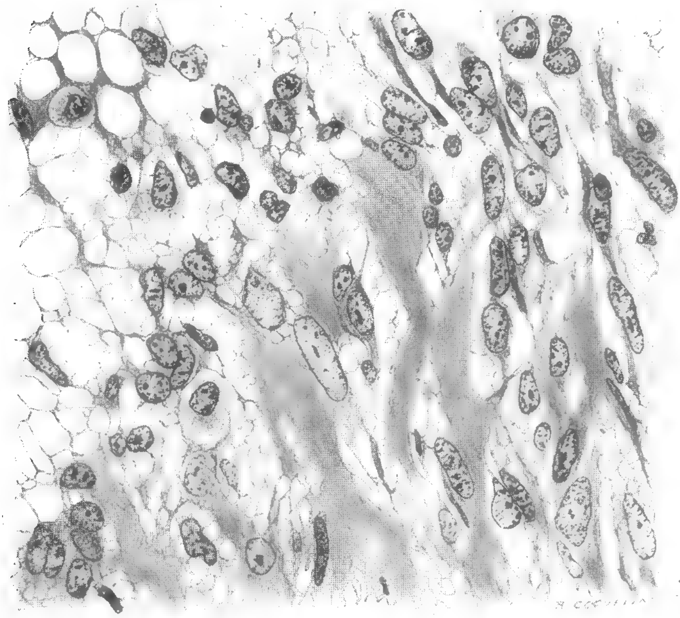


FIG. 9. — Coupe de la tumeur, 30 jours après le traitement (800 diamètres). On voit les cellules sarcomateuses allongeant leur noyau et remplaçant leur protoplasma par des fibres de tissu scléreux.

L'étude des planches qui accompagnent cette présentation paraît tout à fait en faveur de cette théorie. (Voy. fig. 4, 5, 6, 7, 8 et 9.)

Deux vitriolés.

M. H. MORESTIN. — Les cautérisations criminelles dues aux aspersions de vitriol sont aujourd'hui devenues relativement fréquentes, et j'ai eu pour ma part plusieurs fois l'occasion d'en observer. Vous savez les difficultés considérables qu'offre le traitement et des accidents immédiats et des difformités consécutives. Permettez-moi donc de vous présenter deux victimes de ces lâches attentats au vitriol.

Chez l'un, le caustique avait détruit tout le cuir chevelu, une grande partie des téguments de la face et du cou; chez l'autre, le visage était labouré de cicatrices hideuses; j'ai pu, au prix de longs soins très attentifs, guérir l'un et améliorer beaucoup la situation de l'autre.

I. — Le P..., âgé de trente-deux ans, clerc de notaire, fut vitriolé par sa femme le 21 septembre 1909. Il le fut avec une insistance extraordinaire. Tout le cuir chevelu fut copieusement arrosé du liquide corrosif. L'acide ruissela secondairement sur le front, la face et le cou. Le malheureux éprouva une très vive cuisson, qui s'apaisa promptement. On lui couvrit la tête de liniment oléo-calcaire et, les jours suivants, on lui appliqua des pansements secs avec de la poudre de Lucas-Championnière.

Le malade n'entra dans mon service à l'hôpital Tenon que le 28 octobre. Il était dans un état lamentable, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral. Il était profondément abattu, hanté par la terreur de sa femme, qu'il craignait sans cesse de voir surgir. Il était en outre très faible et très pâle.

Localement les lésions étaient immenses. Tout le cuir chevelu n'était qu'une vaste escarre gris-noirâtre. D'autres escarres couvraient la moitié droite de la face, du cou et l'oreille droite. A gauche les lésions étaient par comparaison peu de chose, car le caustique avait tracé seulement des bandes verticales de mortification. Les yeux avaient été préservés, mais de longues traînées gris-verdâtre côtoyaient les paupières en dedans et en dehors, indiquant que là aussi le liquide corrosif avait passé.

Sur le visage, les lésions étaient assez superficielles, sauf au niveau de la joue droite et de la région parotidienne; mais au crâne la cautérisation paraissait avoir détruit non seulement la peau, mais le pannicule adipeux sous-cutané; le cuir chevelu semblait avoir été grillé. Çà et là autour de cette escarre en forme de calotte on voyait sourdre du pus.

Le malade était très infecté, avec une température élevée et de l'albumine dans les urines.

On s'occupa activement de le désinfecter, d'exciser chaque jour les portions de l'escarre qui devenaient mobiles, et aussi de relever les forces, de calmer l'agitation et les phobies du malheureux. En novembre il fut pris d'un érysipèle de la face, qui se termina par résolution au bout de quelques jours.

Les derniers débris des eschares tombèrent dans le courant de décembre. Toutes les plaies étaient couvertes de bourgeons charnus exubérants impossibles à réprimer, donnant lieu à une suppuration abondante et saignant très facilement.

Le 3 janvier je procédai sans le chloroforme à un nettoyage des

plaies à la curette et à l'application de greffes dermo-épidermiques sur le crâne et la face.

Je recommençai le 24 janvier, puis le 2 mars 1910, puis le 3 juin, puis le 5 décembre couvrant dans chaque séance une partie du crâne, de la face et du cou; et me bornant pour le reste à un curettage soigneux.

Le malade était si faible et tellement intoxiqué que les premières opérations déterminaient un choc énorme, et qu'à chaque instant on pouvait craindre de le voir succomber sur la table. Le simple nettoyage à la curette des bourgeons amenait une perte de sang considérable.

Enfin il se remonta graduellement, au fur et à mesure que se réduisait l'étendue des surfaces suppurantes.

L'oreille droite dépouillée de son revêtement tégumentaire s'était collée au crâne, complètement effacée. En décembre 1910, je détachai le pavillon, le libérai complètement de la paroi cranienne, et, pour l'empêcher de se souder à nouveau, j'insinuai de larges greffes dermo-épidermiques dans l'angle dièdre résultant de sa dissection, les unes du côté du crâne, les autres du côté du pavillon. J'ai pu réussir de cette façon à rendre au pavillon de l'oreille son autonomie. Il est sans doute un peu ratatiné, et pas très avantageux, mais néanmoins les choses sont bien mieux ainsi.

La guérison est actuellement complète. Le crâne est uni et lisse, et le sujet paraîtrait seulement atteint d'une remarquable calvitie, si l'on n'observait çà et là quelques petits bouquets de poils, une demi-douzaine d'îlots de cuir chevelu ayant, contre toute attente, survécu au désastre. Les cicatrices de la face sont elles-mêmes très unies et leur aspect n'est pas choquant. Notre homme qui est jeune encore pourra dissimuler son crâne sous une perruque.

L'état général est maintenant parfait. L. P... a engraissé beaucoup, il s'alimente très bien, il a retrouvé le sommeil, et même son caractère est redevenu comme autrefois gai et jovial.

II. — L'autre malade a passé dans mon service une grande partie des années 1909 et 1910. Il avait été vitriolé en 1908, d'une façon plus classique que le précédent. Une maîtresse jalouse lui avait lancé à la face un bol d'acide sulfurique. Il en était résulté de profondes brûlures du cou, de la joue droite, du nez, de la lèvre, du grand angle de l'œil droit, la moitié gauche du visage demeurant indemne. Quand il entra à Tenon les lésions étaient cicatrisées depuis longtemps et le malade venait nous demander une amélioration morphologique.

Son cas était assez compliqué. Le sourcil droit avait été comme coupé, et son tiers interne pendait au-devant du grand angle de

l'œil. Des brides saillantes occupaient l'espace intersourcilier, la racine du nez, la moitié droite du nez, déformaient, la narine droite. La lèvre supérieure avait perdu son revêtement tégumentaire dans la partie correspondant à la sous-cloison et à la narine droite, ce qui créait dans la moustache un champ cicatriciel des plus disgracieux. La joue droite et la partie inférieure du cou étaient traversées par de gros placards de cicatrices irrégulières et chéloïdiennes d'un effet abominable.

Des corrections s'imposaient assurément pour permettre à cet homme de revenir à l'existence sociale. Mais je dus attendre longtemps avant d'entreprendre cette série d'opérations esthétiques.

D..., qui, au moment de son entrée, avait des reins en assez mauvais état (albumine en notable quantité dans les urines), fut pris de rhumatisme articulaire aigu, puis d'accidents plus graves d'origine rénale; il eut de l'urémie et faillit succomber. Bref, ce fut seulement au mois de janvier 1910, le 31 janvier, que je pus commencer à m'occuper de sa figure. Je pratiquai plusieurs opérations, sept ou huit en tout. Je ramenai à sa place cette sorte de lambeau formé par le tiers interne du sourcil qui pendait au-devant du grand angle. Je détruisis successivement les brides de la racine du nez, traçant des séries d'incisions en V qui, par dissection, se transformaient en Y, d'où allongement de la cicatrice, ou bien encore dédoublant les brides pour y tailler de petits lambeaux que j'échangeais d'un côté à l'autre, ailleurs excisant les parties les plus saillantes et les plus dures et laissant la plaie se réparer à plat, ou bien encore scarifiant certains points des indurations cicatricielles. Pour la lèvre supérieure, j'excisai le territoire cicatriciel lésé, et avec lui une grande partie de l'épaisseur de la lèvre, et réunis après avoir mobilisé quelque peu à droite et à gauche les parties latérales de la lèvre.

Pour les masses chéloïdiennes de la joue et du cou, j'en fis des excisions partielles et successives, car tout enlever d'un bloc eût été très difficile, ou même impossible, en tout cas n'eût pas donné un très beau résultat plastique. Je préférai obtenir la réduction graduelle de ces cicatrices irrégulières. Grâce aux extirpations partielles, les téguments des régions environnantes se laissèrent peu à peu attirer, subirent une sorte d'extension continue, alors qu'ils n'auraient pu, en une fois, se prêter suffisamment pour couvrir une perte de substance à la fois étendue et irrégulière.

En fractionnant la difficulté, j'ai pu la vaincre plus aisément.

Ces opérations successives ont complètement changé notre malade. Il n'y a plus de bride saillante; les cicatrices du nez sont unies et lisses; les ailes du nez, les narines sont symétriques, de même que la lèvre supérieure, ombragée par une moustache

impeccable. Le massif cicatriciel de la joue et du cou est transformé en une barre unique dont les deux tiers antérieurs sont dissimulés dans la barbe et la partie restante cachée par le faux-col. Cet homme était affreusement défiguré. On peut dire qu'il est métamorphosé, car sa physionomie est aujourd'hui très acceptable.

Epithélioma très étendu du dos, développé sur une vaste cicatrice de brûlure. Symphyse thoraco-brachiale conséquence de la même brûlure.

Extirpation du néoplasme et application secondaire de greffes dermo-épidermiques. — Opération réparatrice dirigée contre la palmure thoraco-brachiale.

M. H. Morestin. — Gustave L..., âgé de soixante-quatre ans, est entré, le 6 octobre 1910, dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 14. L... a été gravement brûlé autrefois dans un incendie. Il avait alors dix-huit ans. Les brûlures occupaient toute la région dorsale, les épaules et une grande partie du membre supérieur gauche.

La guérison fut obtenue lentement, péniblement, après plusieurs mois de suppuration, et la rétraction cicatricielle créa une palmure thoraco-brachiale limitant beaucoup les mouvements du bras.

Trente ans après, une corne se développa sur la cicatrice du dos, au niveau de l'omoplate gauche. On en fit l'ablation à l'hôpital Saint-Louis; elle était alors large d'un centimètre et longue de trois.

Plus récemment enfin se produisit une ulcération dont le siège initial répondait à celui de cette corne. Au moment où le malade s'est aperçu de sa présence, au commencement de 1910, elle était déjà plus large qu'une pièce de cinq francs. Depuis, cette plaie n'a cessé de s'étendre et même avec une grande rapidité. Aussi ses dimensions sont-elles considérables quand, au mois d'octobre, L... se décide à réclamer nos soins. A ce moment l'ulcère anfractueux, végétant, saignant, couvert de détritus fétides, et manifestement cancéreux, s'étend depuis l'épine de l'omoplate, qu'il dépasse en haut, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la pointe, et d'autre part depuis le bord axillaire de l'os jusqu'à 3 centimètres du plan médian. Un bourrelet saillant, strié de pinceaux veineux, entoure le foyer, et autour de ce bourrelet on devine encore une zone déjà frappée, déjà ensemencée. Les lésions sont donc énormes; mais fort heureusement elles ont progressé plutôt en surface qu'en

profondeur, si bien que la plaque ulcérée, car l'ulcère repose sur une plaque d'une dureté ligneuse, a gardé une certaine mobilité sur les parties sous-jacentes. En outre, on ne peut percevoir de ganglions engorgés dans l'une ou l'autre aisselle.

Ces dernières constatations sont faites pour nous donner espoir d'agir utilement. Il faut ajouter cependant que le sujet est déjà sénile, qu'il a eu quatre ans auparavant une hémiplégie droite, qu'il continue à traîner la jambe, qu'il a beaucoup maigri au cours des derniers mois, qu'il est maintenant émacié et pâle, qu'il s'alimente peu et dort mal, et qu'enfin il est devenu à un haut degré morphinomane.

Le 14 octobre, je pratique l'extirpation des lésions, en passant à bonne distance des tissus suspects. Je résèque une partie du trapèze et dénude l'épine de l'omoplate. Cette intervention laisse une plaie gigantesque qui met à découvert le sus et le sous-épineux, le rhomboïde, l'angulaire, le deltoïde, plusieurs apophyses épineuses, le trapèze du côté droit, celui du côté gauche ayant été en grande partie sacrifié.

Cette formidable perte de substance commence en haut au-dessus de l'omoplate, tout près du relief formé par le bord supéro-externe du trapèze, et descend jusqu'aux dernières côtes, et dans le sens transversal s'étend depuis l'aisselle et la face postérieure du moignon de l'épaule gauche jusqu'à l'omoplate droite.

On ne peut songer, bien entendu, à aucune réparation immédiate, et après application d'un certain nombre de ligatures (l'opération a été assez hémorragique) je me borne à panser à plat.

Les suites sont bonnes ; la plaie s'organise, se réduit, se nivelle et bientôt il est permis de songer à en assurer l'épidermisation.

Le 5 décembre je procède à une nouvelle intervention. Avant de placer des greffes sur la plaie, je m'occupe de corriger une difformité des plus gênantes laissée par l'ancienne brûlure. De celle-ci le malade avait gardé une symphyse thoraco-brachiale limitant considérablement le mouvement d'abduction. Il importait d'autant plus d'améliorer cette situation que le membre supérieur droit paralysé lors de l'attaque d'apoplexie survenue quatre ans auparavant, n'avait jamais récupéré complètement ses forces et demeurait malhabile.

Comme il s'agissait non d'une large adhérence unissant le bras au thorax, mais d'une palmure relativement mince, le traitement de cette difformité était assez simple. Faisant tendre le plus possible la palmure cicatricielle, je la dédoublai en incisant tout le long de son bord libre. Aux deux extrémités de cette incision, j'en traçai deux autres s'en détachant à angle aigu, l'une divisant le feuillet postérieur à l'endroit où il se continuait sur le bras et

l'épaule, l'autre sectionnant le feuillet antérieur au niveau de son insertion thoracique. Les deux lambeaux disséqués furent échangés, l'antérieur allant tapisser la partie brachiale, l'autre la partie thoracique de la plaie, et tous deux furent fixés par des sutures dans leur nouvelle position.

Ayant ainsi libéré le membre supérieur, je traitai la plaie dorsale. Celle-ci était encore trop vaste pour que toute sa surface fût dans une seule séance couverte de greffes. Je dus me contenter d'assurer l'épidermisation seulement sur une moitié. J'avivai donc au bistouri la moitié axillaire, sur laquelle j'appliquai une série de larges rubans dermo-épidermiques prélevés sur la cuisse et la fesse.

Le 16 janvier, l'autre moitié fut greffée de la même manière, avec cette seule différence que cette fois l'avivement fut fait à la curette et non au bistouri.

Les suites de ces opérations furent des plus heureuses. Toutes mes greffes réussirent, et les petits espaces compris dans leurs intervalles ne tardèrent pas à se cicatriser.

Du côté de l'aisselle rien n'était venu compromettre le succès de l'autoplastie.

Le résultat de cette autoplastie est, vous le voyez, excellent; le sujet peut porter le bras jusqu'aux limites de l'abduction normale. Ce procédé de dédoublement avec échange des lambeaux, recommandé par Berger qui en donne la description dans son livre sur la Chirurgie orthopédique, est excellent dans les palmures thoraco-brachiales.

Quant aux greffes, elles ont formé un revêtement bien supérieur aux cicatrices ambiantes. Comme dans tant d'autres circonstances, elles nous ont rendu grand service, puisque tout autre procédé de réparation était inapplicable.

Aussi me permettrai-je de répéter une fois de plus que l'application secondaire des greffes dermo-épidermiques doit constituer le procédé régulier de réparation des pertes de substance créées par l'extirpation des cancers quelque peu étendus des téguments.

Ulcère cancéreux annulaire médiogastrique. Estomac en sablier. Résection. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

M. Mauclaire. — Voici une malade, âgée de 39 ans, entrée dans mon service le 20 février 1911, pour une tumeur abdominale très mobile placée entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic.

Depuis un an, les troubles gastriques fonctionnels étaient très

marqués : vomissements alimentaires fréquents, amaigrissement énorme. Le diagnostic de tumeur de l'estomac fut posé.

L'examen radioscopique après injection de solution bismuthée n'a pu être fait.

Voici l'*analyse du suc gastrique* faite par M[me] Robin, mon interne en pharmacie, après un repas d'épreuve (Ewald) :

Aspect : fluide. — *Couleur* : ambrée. — *Odeur* : presque nulle.
Présence d'acide chlorhydrique.
Absence d'acide lactique.
Dosage de l'acidité totale : 0,47 p. 100 (la normale est de 1,82).
Dosage de Cl exprimé en HCl :
a) *Cl total* : 1,24 p. 1000 — (normal : 3 grammes).
b) *Cl libre* : 0,30 p. 1000 — (normal : 0,50).
c) *Cl organique* : 0,14 p. 1000 — (normal : 1,30).
d) *Cl fixe* : 0,80 p. 1000 — (normal : 1,02).

Après laparotomie, j'ai trouvé un estomac en sablier; la constriction siégeait à l'union des deux tiers gauches avec le tiers droit du diamètre transversal de l'estomac. A ce niveau, se trouvait une masse intragastrique mobile transversalement. Pas de ganglions sur la petite courbure. Quelques ganglions sur la grande courbure et derrière le pylore. Ils furent enlevés.

Je me décidai à faire la gastrectomie à deux centimètres en dedans et en dehors de la tumeur. Les extrémités gastriques furent fermées par invagination, l'épiploon accolé à la suture, puis les deux bouts gastriques accolés entre eux au péritoine pariétal antérieur. Je fis ensuite la gastro-entérostomie postérieure.

Les suites opératoires furent bonnes. Il y eut cependant, pendant quelques jours, une fistule cutanée du bout pylorique avec rejet de liquide un peu bilieux.

L'examen histologique fait par M. Bory a montré qu'il s'agissait d'épithélioma.

Ce qui est intéressant, c'est cette localisation du néoplasme au niveau de la portion médiane de l'estomac, c'est sa forme annulaire, sur laquelle Delore (1) et Alamartine ont bien insisté récemment. Les radiographies nous ont montré récemment la fréquence d'un spasme de l'estomac au niveau de cette région médiane pendant la digestion (2). Cette contraction spasmodique explique un peu cette localisation anormale du néoplasme et des ulcères qui donnent lieu à l'estomac en sablier.

(1) Delore et Alamartine. *Revue de chirurgie*, 1909, n° 3.
(2) Bensaude et Chilaïditi. *Société médicale des Hôpitaux*, 16 décembre 1910. — Desterne. *Société de Biologie*, janvier 1911.

Cette localisation médiane ne répond pas au siège de la musculature spéciale formant la cravate de Suisse. Celle-ci est plus oblique.

J'ai déjà présenté ici, il y a quatre mois, un cas d'estomac en sablier par une cicatrice annulaire totale ayant le même siège.

Récemment, j'ai opéré, dans un état de faiblesse extrême du fait des hématémèses et du mélæna, une malade chez laquelle l'estomac était entouré de membranes péritonéales multiples laissant seulement à découvert la région parapylorique antérieure. J'ai fait une gastro-entérostomie antérieure. La malade a succombé au choc. A l'autopsie, l'estomac présentait des ulcères multiples et une biloculation très nette. L'anastomose, faite au seul endroit libre, était mal placée, car elle répondait à la poche pylorique.

Enfin, dans ce troisième cas, il semble qu'il s'agisse d'un ulcère dégénéré. Voici la note histologique de M. Bory : épithélioma cylindrique de l'estomac. Une infiltration lymphoïde très marquée, nodulaire par places, une certaine abondance de mastzellen, une réaction très abondante du tissu conjonctif autour des éléments épithéliaux seraient en faveur de l'existence primitive d'un ulcère sur lequel le cancer aurait secondairement évolué, mais il n'existe pas de sclérose périphérique marquée.

Présentations de radiographies.

Exploration radiologique du gros intestin par le lavement bismuthé.

MM. TUFFIER et AUBOURG. — Nous avons pratiqué, mon élève M. le Dr Aubourg, chef de laboratoire de radiographie, et moi, un grand nombre d'examens radiologiques du *gros intestin*. Voici la technique à laquelle nous nous sommes arrêtés et les résultats qu'elle nous a fournis. Nous y joignons les deux clichés d'une femme légèrement ptosique et dont les accidents digestifs étaient particulièrement différents suivant qu'elle était couchée ou dans la station debout. Les récents perfectionnements des installations radiologiques permettent actuellement l'exploration radioscopique et radiographique du gros intestin *par un lavement bismuthé.*

A l'aide d'un oléo-clyseur quelconque, il est facile de donner sous le contrôle de l'écran un lavement d'huile à laquelle on a mélangé du *carbonate de bismuth* pour suivre *de visu la progression d'un lavement ordinaire de l'anus au cæcum.*

D'une façon générale, on constate d'abord que l'*ampoule rectale* se distend petit à petit et dessine l'image d'un cœur de carte à jouer : c'est le temps *le plus long* du remplissage du gros intestin,

mais qui n'excède pas une ou deux minutes, par opposition au remplissage des autres segments, sur lesquels on peut suivre la progression du liquide bismuthé qui donne l'impression de la marée montante avec le plus souvent un léger temps d'arrêt à la *crête iliaque gauche*, à l'*angle splénique*, au point le *plus déclive du côlon transverse*, à l'*angle hépatique*, à la *crête iliaque droite*. Mais ces temps d'arrêt sont presque aussi courts dans le gros intestin qu'on les constate à la descente d'un lait de bismuth dans l'œsophage aux points normalement rétrécis (1). Et quand il s'agit d'un sujet normal, en un temps qui varie de *deux minutes minimum à cinq minutes maximum*, le cæcum est rempli par un lavement bismuthé.

La *quantité à injecter*, pour obtenir une image totale du gros intestin sur l'écran, est de *moins d'un litre*. On peut dire qu'une quantité de liquide d'un litre environ permet de remplir totalement le gros intestin, comme le montrent les clichés présentés. Une seule fois, pour avoir injecté près de deux litres, nous avons pu forcer la valvule iléo-cæcale d'un sujet normal.

Quand ces faits de progression et de remplissage ont été constatés de visu sous le contrôle de la radioscopie, il est facile, en substituant une plaque à l'écran, de prendre en moins de deux secondes une image, une radiographie, qui reste comme un document impersonnellement signé de l'examen à l'écran, qu'on peut étudier à loisir et qui souvent surpasse en précision et en finesse les images fugitives aperçues sur l'écran fluorescent.

L'examen radiologique peut être complété par les *mouvements volontaires* du malade : respirations fortes, rétractions forcées de l'abdomen, qui permettent de juger de la mobilité ou de la fixité des divers segments, — et surtout du palper, pour reconnaître si un point douloureux fixe correspond ou non à l'intestin et à quel segment précis, — et pour constater la liberté ou l'adhérence de telle ou telle partie.

Enfin, l'examen du malade *debout*, après l'examen du malade couché, montre des différences énormes de siège et de forme, comme le prouvent les deux clichés suivants d'une malade légèrement ptosique et dont voici la description morphologique.

Bas fond du cæcum. — Couchée. Quart inférieur de la fosse iliaque interne.

Debout. Au-dessous du détroit supérieur.

Cæcum et côlon ascendant. — Couchée. Hauteur : 19 centimètres. L'angle hépatique arrive à la hauteur du bord inférieur de la 1re vertèbre lombaire.

(1) Morosow. Mickulicz.

Debout. Hauteur : 12 centimètres. L'angle hépatique est au niveau du bord inférieur de la 3[e] vertèbre lombaire.

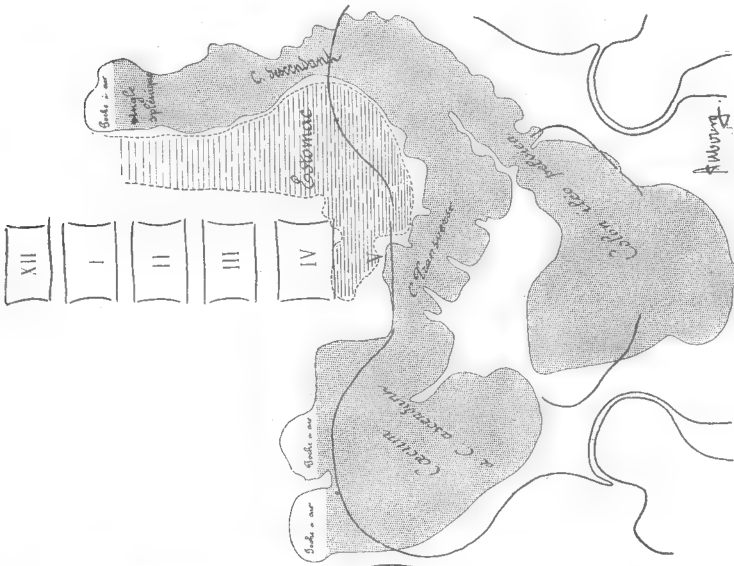


Fig. 2. — Sujet debout.

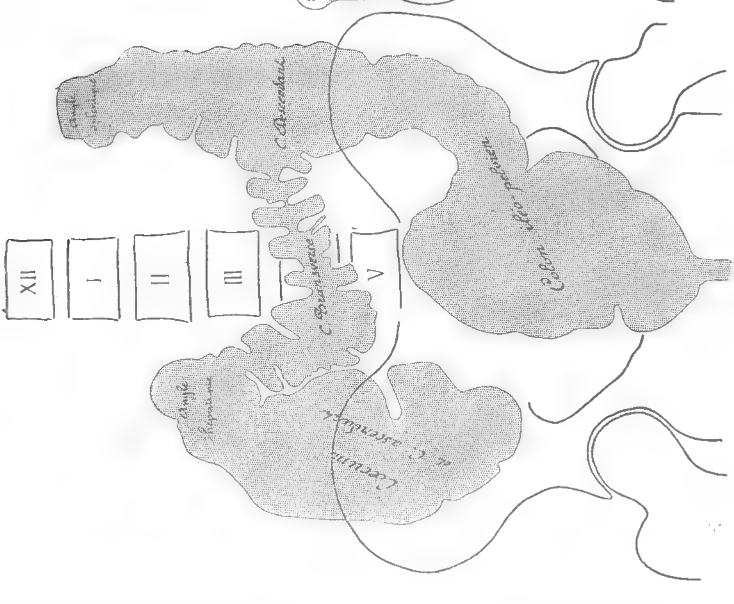


Fig. 1. — Sujet couché.

Deux poches à air sont formées au niveau du dôme, l'une sur le côlon ascendant, l'autre sur le début du côlon transverse.

Côlon transverse. — Couchée. Le côlon transverse forme une

guirlande d'un jeu d'osselets de bismuth tendus sur une corde à concavité supérieure dont le bord droit correspond au bord inférieur de la 1re vertèbre lombaire, — le point le plus déclive, au bord inférieur de la 4e vertèbre, — le bord gauche, au bord inférieur de la 12e vertèbre dorsale.

Debout. La partie droite du côlon s'est abaissée au niveau de la crête iliaque, mais surtout il semble que le côlon soit divisible *en deux portions* : une portion droite qui reste horizontale et une partie gauche qui forme une concavité marquée pour recevoir le bas-fond de l'estomac. Le cliché montre que l'estomac sur son bord gauche et son bord inférieur est totalement auréolé de côlon transverse; le côlon semble faire un lit pour l'estomac et semble être sa meilleure sangle.

Angle splénique du côlon. — Couchée. Bord inférieur de 12e vertèbre dorsale.

Debout. Partie moyenne de 1re vertèbre lombaire.

Côlon descendant. — Couchée. Très élargi au niveau de la crête iliaque.

Debout. Rétréci, comme repoussé par le bord gauche de l'estomac.

Côlon iléo-pelvien. Rectum. — Couchée. Le point le plus élevé touche le bord inférieur de la 5e vertèbre lombaire. Le plus grand diamètre est vertical.

Debout. Le point le plus élevé touche la moitié du diamètre promonto-pubien, le plus grand diamètre est horizontal.

Au résumé la position debout :

— Abaisse l'angle sous-hépatique et le bas-fond du cæcum.

— permet au côlon transverse de faire un lit pour le bas fond de l'estomac.

— abaisse et élargit le côlon pelvien.

Seul l'angle splénique conserve à peu près sa situation très haute : c'est le point le plus fixe du gros intestin.

L'examen radiologique permet, en assistant à la progression d'un lavement de bismuth, d'obtenir d'utiles renseignements sur la *forme*, la *situation*, le *calibre*, la *physiologie motrice* du gros intestin. Les applications chirurgicales de cette méthode, sans aucun danger, semblent devoir être très importantes, à en juger par quelques diagnostics précis de siège et de degré de *sténose*, d'atonie, de dilatation, qui ont pu ces temps-ci, être portés et vérifiés par l'acte chirurgical; de même il nous est possible d'étudier *de visu* toute l'anatomie pathologique des ptoses qui constituent le mode d'évacuation du gros intestin et l'action du lavement électrique.

M. Quénu. — L'angle hépatique est très variable dans sa situation ainsi que je l'ai observé dans des recherches faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux avec M. Heitz-Boyer et portant sur plus de cent sujets. L'angle splénique est moins variable, cependant il l'est plus que ne le dit M. Tuffier. J'ai pu en juger récemment encore dans un cas de cancer de cet angle. Par une petite incision de la paroi la tumeur put être amenée au dehors et enlevée.

M. Tuffier. — Quand je dis : l'angle splénique est *toujours* fixe, j'emploie une expression inexacte; c'est le point *le plus fixe* des côlons. J'ai voulu opposer cette fixité de l'angle splénique du côlon à la mobilité de son angle hépatique. Comme M. Quénu, j'estime qu'il faut, pour se prononcer, avoir examiné un grand nombre de sujets; or, je me trouve précisément dans ces conditions, car c'est par dizaines que peut se compter le nombre de nos examens radiologiques.

Présentations d'instruments.

Modification de la sonde élastique de Braatz.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une petite modification que j'ai apportée au décolle-dure-mère de Braatz. Elle a pour but de permettre de passer la scie dont je me sers dans les trépanations lorsqu'il est indiqué de faire un lambeau ostéoplastique. Cette scie, je vous l'ai déjà présentée. C'est une scie de Gigli, montée sur un arbre qui en rend le maniement beaucoup plus commode. La scie, le fil se fixent sur l'arbre au moyen de deux petites olives qui le terminent, une à chaque bout. J'avais fait faire ces olives sur le conseil de Farabeuf avec l'espoir qu'elles permettraient de passer le fil directement entre la dure-mère et l'os. Si on y réussit quelquefois, on échoue souvent. C'est pour cela que j'ai fait ajouter à la sonde de Bratz un petit dispositif qui permet de l'entraîner.

Voici la sonde de Braatz qui est représentée dans le catalogue de Schœrer, qui date de 1904, sous le nom de ressort de montre de Bratz. Elle figure également dans le catalogue Schœrer-Mathieu, publié en 1905. Elle est encore représentée dans le livre de Krause. A la page 10 sont figurées deux sondes de Braatz : l'une rigide, « starre Braatzsonde »; l'autre élastique, « elastische Braatzsonde »; c'est celle-ci.

Je vous fais remarquer la forme du bouton. Elle n'est pas très élégante, mais elle est très sure. Non seulement le bouton ne peut pas perforer la dure-mère, mais il ne peut même pas s'engager sous les petites lamelles conjonclives. Il arrive net dans l'orifice par lequel il doit sortir.

A cette sonde j'ai fait ajouter un petit épaulement creusé d'une cupule dans laquelle s'engage l'olive de la scie, qui est ainsi facilement entraînée. L'épaulement n'est pas plus épais que le bouton; par conséquent il ne peut rien traumatiser.

Trépan du professeur Juvarra (de Jassy).

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un trépan dont mon ami Juvarra se sert depuis décembre 1908.

Il me paraît excellent et destiné à rendre service aux chirurgiens qui ne disposent pas de moteur mécanique.

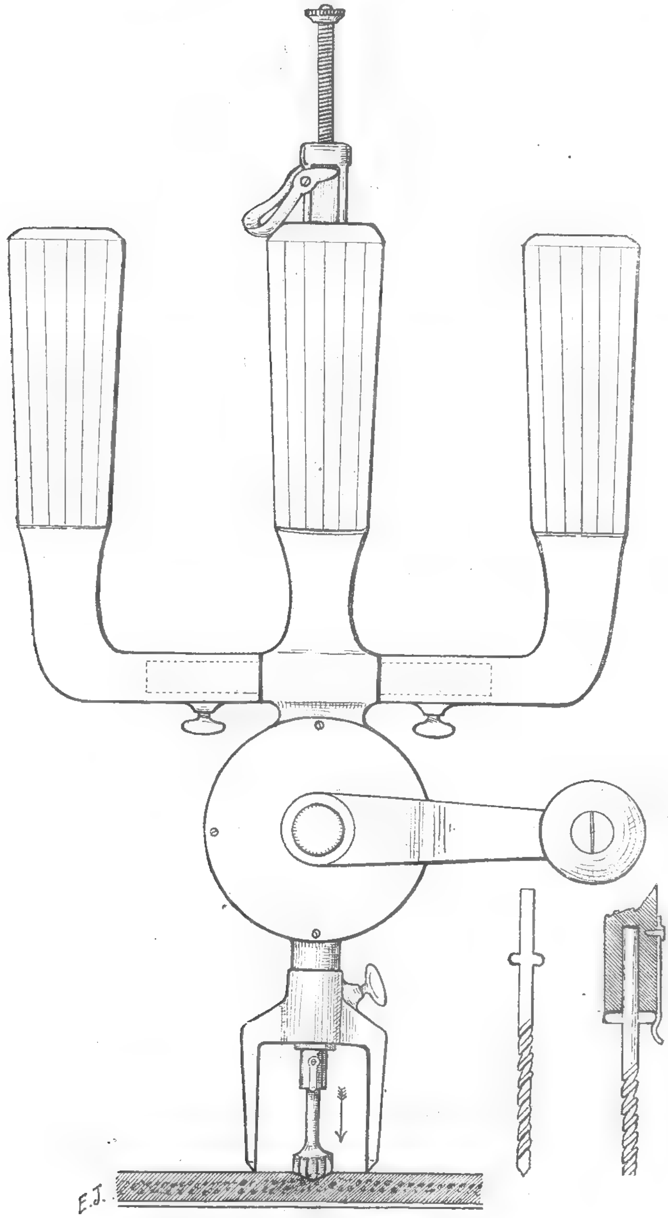
L'instrument prend point d'appui sur le crâne par deux pointes métalliques.

L'agent de perforation est une fraise rattachée à une tige filetée. La manivelle met en mouvement un engrenage qui agit sur cette tige filetée de telle façon qu'à chaque tour de manivelle la fraise descend d'un tiers de millimètre.

Grâce à ce dispositif la fraise ne peut pénétrer dans le cerveau. En admettant même que l'on continue à tourner après que la perforation de l'os est terminée, il n'y a pas d'échappées possibles vers la profondeur. La fraise descendra seulement d'un tiers de millimètre par tour, refoulant doucement la dure-mère. Mais on est averti par la cessation de la résistance que la perforation est faite.

En outre, l'instrument est pourvu d'un embrayage semblable à celui du lithotriteur de Charrière. Si le chirurgien fait manœuvrer le trépan par un aide, — et l'instrument est muni outre sa poignée principale de deux poignées mobiles (voir la figure) qui permettent justement d'utiliser un aide, — il reste maître de la fraise. Dès que l'os est perforé, d'un coup de pouce il supprime l'embrayage et, même si l'aide continue maladroitement à tourner la manivelle, la fraise ne bouge plus.

Cet instrument donne une sécurité complète. Il permet de trépaner sans que l'on soit obligé de s'arrêter à chaque instant pour voir où on en est, et je répète qu'il me paraît capable de rendre



service à ceux qui n'ont pas de moteur mécanique à leur dispo sition.

Élection.

Élection d'un membre titulaire.

Nombre de votants : 46.
Majorité absolue : 24.

Ont obtenu :

MM. Jacob	28 voix,	Élu.
Robineau	17	—
Cunéo	1	—

M. le Président. — Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

MM. les candidats ont un mois pour faire valoir leurs titres à cette place.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 MARS 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. JACOB, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

3°. — Une lettre de M. SEBILEAU, demandant un congé pendant la période du concours de chirurgien des hôpitaux.

4° — Une lettre de M. PONCET (de Lyon), membre correspondant, demandant à être nommé membre honoraire.

Cette demande, appuyée de 32 signatures, sera, avec les titres de M. Poncet, soumise à l'examen d'une Commission qui sera nommée au cours de la séance actuelle.

A propos de la correspondance.

1°. — M. KIRMISSON. — Je dépose sur le bureau une note de M. le Dr GUIBÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris, sur *deux cas d'invagination intestinale chez le nouveau-né.*

Le travail de M. Guibé est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. KIRMISSON est nommé rapporteur.

2°. — M. Guinard. — Je dépose sur le bureau un travail de MM. J. Fiolle, professeur et chirurgien des hôpitaux à Marseille, et P. Fiolle, interne des hôpitaux de Marseille, sur *la voie d'accès coccy-périnéale*. Observation d'*anastomose recto-sigmoïde* pratiquée par cette voie.

Le travail de MM. J. et P. Fiolle est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Guinard est nommé rapporteur.

M. le Président. — J'invite M. le Dr Jacob, nommé membre titulaire dans la dernière séance, à prendre place parmi ses collègues et à signer la feuille de présence.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la trépanation décompressive.

M. J. Lucas-Championnière. — La discussion sur la trépanation a tellement dévié du premier sujet, qui n'était que la trépanation décompressive, qu'il ne m'est pas possible de ne pas dire quelques mots du sujet abordé mercredi dernier par tous nos collègues, sur la prétendue faillite des indications des localisations cérébrales.

Je crois qu'il y a là une affaire de mode, car vous savez d'ailleurs le bruit fait autour de l'aphasie et les dénégations opposées aux assertions de Broca. En réalité, elles ne sont pas aussi fondées qu'elles en ont l'air. Car si on laisse de côté l'interprétation précise, la question théorique et la sutructure intime de l'organe, il reste assez démontré que le plus souvent, lorsque la parole est touchée, on trouve des lésions sur la circonvolution ou au voisinage de la circonvolution de Broca.

Mais en admettant sur ce point les restrictions les plus accusées, les vrais centres moteurs restent des éléments d'indications sérieux utiles, souvent précis, pouvant dans tous les cas dans lesquels ils sont mis en jeu, donner des directions précieuses.

Je suis convaincu que quand on manque le but que nous cherchons, quand nous sommes mal renseignés, c'est que nous avons mal utilisé les indications qu'ils nous ont fournies ou que nous leur avons demandé autre chose que ce qu'ils pouvaient nous donner.

Il faut en effet bien savoir ce qu'il faut demander à cette physiologie. J'ai indiqué lorsque j'ai créé cette méthode de recherche deux points capitaux :

1° Il existe une région que la topographie cranienne nous indique et qui répond à l'ensemble des centres moteurs. Or, cette zone n'est pas très large et pouvait déjà autrefois être totalement découverte en cas de besoin par une série de couronnes. Cela est bien plus manifeste encore maintenant que nos moyens nous permettent des ouvertures craniennes infiniment plus larges qu'autrefois.

2° Lorsque les centres moteurs sont intéressés, la symptomatologie nous conduit à agir dans cette région et dans un sens déterminé.

Ces deux données nous conduisent à une méthode grossière suffisante, rapide, et par conséquent chirurgicale.

Aussitôt que j'ai eu publié cette méthode, des collègues se sont évertués à faire de la surenchère. Rétrécissant la méthode sous prétexte de la préciser, ils ont imaginé que la recherche des centres pouvait être faite par la *détermination d'un point.*

De là, l'appareil de Terrillon, si compliqué qu'il rappellerait un peu les fameux compas de Contremoulin pour la recherche des corps étrangers du crâne. De là aussi les précisions de Poirier, qui me reprochait la possibilité d'un écart de 1 centimètre, à moi qui professais que des couronnes de 5 centimètres ne m'effrayaient pas et qui ai creusé des orifices de 7 sur 8 centimètres. C'étaient là des affirmations d'auteurs vraiment peu préparés à l'étude de cette question.

De ces prétentions peu chirurgicales sont nées une foule d'erreurs et de confusions. La prétention de trouver dans le crâne un point seul atteint et une médiocre appréciation des lésions cérébrales ont conduit à de gros mécomptes. On avait fait de la méthode une chose trop simple et trop facile. Témoin cette phrase de Dieulafoy dans une discussion de l'Académie dans laquelle il voulait aussi proclamer la faillite des localisations cérébrales :

« Diagnostic médico-chirurgical qui se fait couramment et qui ne demande pas une grande habileté clinique. »

La vérité était pourtant que dans le cas sur lequel il discutait, si on avait suivi, d'après ma méthode, les indications aphasie, convulsions et paralysie du membre supérieur, on fût arrivé sur la région malade, et je suis convaincu que l'opération, faite à temps pour une lésion syphilitique, avait chance de modifier heureusement le malade. En ce cas comme en d'autres, il n'y avait pas du tout faillite des localisations, il avait eu mauvaise

appréciation des symptômes, et on avait renoncé, malgré de bonnes indications, à pratiquer une opération utile.

En réalité, lorsque des symptômes divers de paralysie de contractures ou de convulsions se montrent, une analyse bien conduite des symptômes permet de se diriger vers le foyer des altérations. L'aphasie elle-même, quoique infiniment moins intéressante que les troubles moteurs, peut contribuer à assurer la direction. Mais il est bien rare qu'une lésion cérébrale soit limitée à un point, ce qui rend les suites de la recherche variables avec les lésions et variables selon les chances d'extension des lésions.

J'ai eu depuis longtemps l'habitude de diviser en quatre classes les lésions auxquelles nous pouvons remédier, indiquant les chances que nous avons de rencontrer les lésions en nous guidant sur ces symptômes moteurs.

I. Dans un premier groupe, je place les maladies inflammatoires : méningo-encéphalites d'origines diverses, abcès, etc. Dans ces cas, les lésions retentissent très loin de leur foyer primitif et important ; il est donc très possible si les symptômes moteurs sont très secondaires que l'on n'intervienne qu'à une distance importante du premier foyer. Aussi des ouvertures très larges sont indiquées et une recherche persévérante du foyer est souvent nécessaire.

II. Les tumeurs donnent lieu à des indications bien plus précises. Toutefois cela dépend beaucoup de la nature des tumeurs. Aussi certaines nous ont donné comme à tous les chirurgiens certains cas qui paraissaient tenir du merveilleux et d'autres cas infiniment moins favorables. Mais avec une ouverture large en général on les a trouvées non loin du foyer déterminé.

III. Certains traumatismes du crâne ou certaines lésions limitées par leur nature même ont permis un diagnostic et une opération d'une extrême précision. J'ai pu trouver ainsi un foyer d'hémorragie cérébrale spontanée un peu plus gros qu'une noisette, grâce à une monoplégie brachiale. C'était en 1889, sur une malade que m'avait adressée le Dr Letulle (1).

Tous les chirurgiens qui ont fait de la chirurgie cranienne ont observé des faits du même genre.

IV. Mais il ne peut en être toujours ainsi, et il y a encore des lésions très étendues développées loin des centres et qui peuvent déterminer au loin une compression qui compromet le fonctionnement de ces centres. Il ne faut pas compter que l'analyse des symptômes moteurs vous fera trouver ces tumeurs, et cependant il

(1) Trépanation pour hémorragie cérébrale et série de trépanations pour accidents divers. *Académie de médecine*, 20 août 1889.

peut arriver qu'elle vous donne de bonnes indications pour placer l'opération du bon côté. Par deux fois, j'ai eu l'occasion de faire une trépanation très large déterminée par l'observation de convulsions et de paralysie motrice.

Chez des sujets qui avaient, l'un, une tumeur de la base du crâne, l'autre, une tumeur de la base du cerveau, le résultat fut une décompression très heureuse, et dans le second la *disparition* d'une partie des phénomènes de *paralysie* et une amélioration très heureuse qui dura plusieurs mois. Cependant l'autopsie montra que la tumeur était loin des centres sur lesquels sa compression retentissait.

Loin de déclarer la faillite des centres et de se plaire à critiquer une découverte chirurgicale qui est bien française et qui est née ici même, je pense que nous avons le droit, trente-cinq ans après que j'en ai apporté les éléments à mes collègues de la Société de Chirurgie, de déclarer que cette méthode n'a pas fait faillite, mais a apporté à la chirurgie une ressource précieuse, toutes les fois qu'on lui a demandé ce qu'elle pouvait donner et toutes les fois que l'on a suivi les préceptes établis par son initiateur.

Est-il possible qu'en opposition avec l'ensemble des cas que je rappelle on en ait pu observer dans lesquels une lésion paradoxale était du même côté que la paralysie et, par conséquent, bien loin de l'ouverture cranienne qu'elle avait fait faire? Une exception ne saurait empêcher une méthode chirurgicale d'avoir des mérites. J'ajoute que les exceptions citées un peu à la légère méritent souvent d'être vérifiées et analysées, comme j'avais pris la peine de le faire pour la communication retentissante que Dieulafoy avait faite à l'Académie de médecine.

Je ne saurais ici insister assez complètement sur les discussions de ce genre que j'ai eu souvent l'occasion de faire et toujours avec les mêmes conclusions favorables à la méthode.

En ce qui concerne les procédés à employer pour l'ouverture du crâne pour rechercher une lésion ou pour produire une décompression, je suis bien aise d'avoir entendu ce que vous a dit notre collègue Guinard au sujet de la manière d'agrandir l'orifice primitif. Il vous a dit avec juste raison que mes pinces gouges, l'instrument dont j'ai conseillé l'emploi après en avoir fait construire plusieurs modèles, donnent toute satisfaction. Les pinces de Horsley ont leur mérite. Mais on oublie trop volontiers celles-ci qui sont d'une action très simple, très facile à conduire et qui ont fait leurs preuves en mes mains en permettant d'agrandir tout orifice cranien dans toutes les proportions et dans toute direction utile.

Je n'aime pas beaucoup le ciseau, quoique Guinard en use très peu. J'en avais surtout combattu l'usage lorsque Poirier le pré-

conisa. J'avais à cette époque affirmé que les secousses qu'il imprime au crâne peuvent avoir, en certains cas graves, les effets les plus fâcheux.

En ce qui concerne les appareils très perfectionnés dont on vante l'usage, je n'en veux pas dire de mal. Je ne m'en suis pas servi, d'abord parce qu'ils n'existaient pas. Puis, je n'attache que fort peu d'importance au découpage des grands lambeaux. Je crois que, dans l'immense majorité des cas, faire une ouverture large et définitive est une indication capitale.

Toutefois, j'ai été à même d'apprécier leur ingéniosité et je suis bien éloigné d'en critiquer l'usage.

Enfin, on a beaucoup parlé des opérations en deux temps. Je crois que Horsley a démontré avec raison que pour la recherche et l'ablation des tumeurs, l'opération en deux temps doit être l'opération de choix. Je suis convaincu qu'il a raison.

Que l'opération en deux temps soit indiquée dans un certain nombre d'opérations de décompression, je le veux bien. La méthode que j'ai conseillée n'a jamais été exclusive des précautions qu'il est légitime de prendre dans une chirurgie prudente.

Mais je pense que, pour les opérations de décompression, il y en a un nombre considérable dans lesquelles l'opération avec ouverture immédiate de la dure-mère est indiquée. Cela est d'autant plus naturel qu'il faut toujours, dans les opérations de cet ordre, tenir compte de ce fait, que si on sait bien pour quels symptômes on ouvre le crâne, on ne sait point à proprement parler quelle est exactement la lésion que l'on va soulager. Il peut y avoir urgence à le faire. Il a été manifeste pour moi que certaines opérations économiques avaient, au moins momentanément, aggravé une situation qu'une opération plus large et plus complète avait rapidement améliorée. L'attente n'est donc pas toujours de mise.

M. Delorme. — J'ai eu deux fois l'occasion de trépaner des malades atteints de tumeurs cérébrales ; je vais en dire quelques mots, sans entrer dans le débat en discussion.

Le premier, adulte vigoureux, était depuis quelques semaines seulement atteint de troubles cérébraux sensitifs et moteurs des deux côtés, mais prononcés surtout du côté gauche. Les douleurs qu'il éprouvait étaient peu vives ; il ne traduisait aucun symptôme sensoriel du côté des yeux et des oreilles, mais il était dans un état de torpeur presque continu. Le diagnostic de tumeur avait été prononcé avant son envoi dans mon service au Val-de-Grâce ; on avait même parlé de tumeur bulbaire. Sans conviction, je pratiquai à droite, dans la région rolandique, une trépanation étendue de

8 centimètres environ et de la largeur de deux couronnes. La dure-mère fut incisée; je ne trouvai rien au-dessous d'elle.

Le malade supporta bien l'opération; le soir, il succombait dans une syncope. L'autopsie démontra qu'il était atteint d'une tumeur bulbaire.

Le deuxième malade, également adulte, éprouvait par contre depuis plusieurs mois des douleurs de tête fréquentes et très pénibles; il accusait des troubles sensitivo-moteurs, surtout à gauche; la vision était très diminuée, l'ophtalmoscope montrait des deux côtés une atrophie blanche de la papille et, de plus, une chroroïdite atrophique très étendue; l'audition était très affaiblie, surtout à droite. En raison des troubles sensitivo-moteurs, prononcés surtout d'un côté, des douleurs éprouvées, je pratiquai une trépanation du crâne étendue à droite dans la région rolandique. Elle me faisait tout au moins espérer d'assurer une décompression. Elle avait 8 à 10 centimètres de haut sur 4 centimètres de large ; la dure-mère fut incisée. Les circonvolutions cérébrales mises à nu étaient saines.

Après l'opération, je suturai la dure-mère, suture de la peau à points passés.

L'opération fut bien supportée, elle n'améliora en aucune façon, comme on pouvait s'y attendre, la situation du malade; elle atténua seulement ses douleurs, mais elle fut bientôt suivie d'un épisode qui mérite d'être rappelé. Quelques jours après l'opération les sutures dure-mériennes sautèrent; le cerveau fit hernie sous le lambeau péricranien, dans l'intervalle des sutures, et m'imposa d'enlever les sutures de ce lambeau; j'eus alors sous le pansement un champignon hernié des dimensions du poing.

Le malade, agité, déplaçait sans cesse le pansement, malgré la surveillance dont il était l'objet, en sorte qu'à chaque remplacement de celui-ci on enlevait une partie importante de la masse cérébrale. Le pansement, malgré son épaisseur, était traversé par le liquide céphalo-rachidien.

Au bout de quelques jours, en m'approchant du blessé, je fus surpris, ainsi que mes élèves, de l'odeur très pénétrante d'urine exhalée manifestement par le pansement. Le lendemain, l'odeur était sentie avec la même intensité. Ne pouvant me rendre compte d'un si singulier phénomène que je n'avais trouvé nulle part signalé, je fis appeler M. le D[r] Gessard, professeur agrégé de chimie au Val-de-Grâce, et lui demandai de vouloir bien analyser le liquide des pièces de pansement. Il me répondit que cette analyse était inutile, que le pansement était bien imbibé d'un *liquide ammoniacal*, que celui-ci était l'indice de son infection par le bacille pyocyanique et qu'en le laissant en place un jour ou deux sa surface

présenterait bientôt la couleur caractéristique des cultures pyocyaniques. C'est ce qui eut lieu. Il nous montra et nous fit sentir des cultures qui exhalaient la même odeur. D'après M. Gessard qui, comme l'on sait, a découvert et étudié le bacille pyocyanique, le liquide céphalo-rachidien serait, comme le liquide pleural, un excellent milieu de culture pour le bacille pyocyanique. Cette donnée est intéressante à connaître.

Le pansement aseptique imbibé et constamment dérangé par le blessé avait donc été souillé par lui. Il était bien difficile d'assurer la désinfection de la plaie cérébrale ; la hernie persista, la perte de substance cérébrale s'accrut et, quelques semaines plus tard, le blessé succombait.

Ce n'est pas en m'appuyant sur ces cas que je me permettrais de juger de la valeur de l'opération. Mais ils portent tous deux leur enseignement : le premier, la mort rapide de l'opéré, le deuxième, la possibilité d'une infection spéciale.

M. Sieur. — Je vous demande la permission de verser au débat sur la trépanation cranienne décompressive un fait que j'ai observé dans mon service, à Lyon, en 1894, et qui montre que, même dans les cas désespérés, cette opération peut donner un excellent résultat, en mettant fin aux douleurs et aux troubles épileptiformes.

Il s'agissait d'un jeune soldat de vingt-deux ans, traité dans un service de médecine pour des accidents pulmonaires qui faisaient craindre un début de tuberculose. Quelques jours après son entrée, il fut pris de crises épileptiformes débutant par les doigts et se propageant ensuite à tout le membre supérieur gauche, à la face et au membre inférieur correspondant. En même temps le malade se plaignait d'une hémicranie droite des plus pénibles.

D'abord très brèves et très espacées, les crises prirent une telle gravité et devinrent si fréquentes que mon collègue Berthier, qui observait le malade, l'évacua sur mon service en vue d'une trépanation d'urgence.

J'appliquai une large couronne de trépan au niveau de la partie moyenne de la ligne rolandique, puis à l'aide de la pince gouge j'élargis la brèche en suivant tous ses diamètres.

La dure-mère était intacte et on ne constatait pas de battements. L'incision des méninges donna issue à du liquide céphalo-rachidien absolument clair. Le cerveau mis à nu fit immédiatement hernie ; sa substance était pâle et d'une extrême friabilité. Ne trouvant aucune tumeur superficielle, je fis plusieurs ponctions sans aucun résultat et je refermai la plaie opératoire.

L'opéré survécut quinze jours, et pendant toute cette période il

ne présenta plus ni crises épileptiformes, ni phénomènes paralytiques du côté des membres gauches.

A l'autopsie, on découvrit un cancer encéphaloïde qui avait pris naissance au niveau des capsules surrénales et s'était propagé aux deux reins, au poumon et au cerveau.

Je voudrais en terminant dire un mot du rôle de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic et comme moyen thérapeutique.

Je ne puis admettre avec M. Lagrange que le diagnostic entre un néoplasme et une lésion inflammatoire du cerveau puisse être basé sur le plus ou moins de limpidité et de tension du liquide céphalo-rachidien. J'ai souvent recours, dans mon service, à la ponction lombaire pour dépister de bonne heure les complications endocraniennes d'origine otitique. Or, il m'est arrivé, comme à M. Broca, de retirer un liquide clair, alors qu'un des lobes temporo-sphénoïdaux renfermait un abcès déjà volumineux. Bien mieux, il est des cas où les méninges elles-mêmes sont atteintes et dans lesquels l'examen du liquide céphalo-rachidien ne décèle rien d'anormal, soit parce que les lésions sont limitées par des adhérences, soit parce que la communication entre les espaces sous-arachnoïdiens et rachidiens est interrompue. L'observation de MM. Auvray et de Lapersonne est à cet égard des plus démonstratives.

M. Lagrange insiste surtout sur l'état de tension du liquide céphalo-rachidien. Mais rien n'est plus variable que ce signe puisqu'un effort de toux, un mouvement de défense, le déplacement du malade peuvent faire passer la tension de 0 à 100 et au delà. Nous en sommes donc réduits à apprécier cette dernière d'après la force du jet, laquelle peut dépendre du calibre du trocart et de l'absence de tout obstacle à l'écoulement du liquide. Autant dire que cette appréciation ne peut avoir quelque valeur que si elle est basée sur une longue expérience acquise par l'opérateur.

La ponction lombaire est-elle plus efficace comme moyen thérapeutique?

M. Segond, s'appuyant sur des travaux de Babinski et de ses élèves, n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Et cependant, de l'aveu même de Tocmé, élève de Babinski, et dont M. Auvray a résumé la thèse dans son remarquable rapport, il résulte que la ponction lombaire est inefficace dans la grande majorité des cas et dangereuse dans un certain nombre d'autres. Le chiffre des morts dépasse notablement, en effet, celui des améliorations.

Ce sont les mêmes conclusions que nous trouvons reproduites

dans la thèse de Schneyder (1), parue quelques mois avant celle de Tocmé, et faite sous la direction de mon maître, le professeur Pitres (de Bordeaux).

Sur 35 malades, 17 ont succombé : 9 fois dans les douze premières heures après la ponction ; 5 fois après vingt-quatre heures ; 2 fois au bout de quarante-huit heures et de soixante heures. Un seul ponctionné a survécu cinq jours.

Sur les 18 malades qui constituent la seconde série dite des *améliorés*, 4 ont vu augmenter leur céphalée ; 2 ont eu des nausées et des vomissements, et 12 seulement ont accusé une diminution de la céphalée et des troubles oculaires, et une amélioration de l'état général. Chez 13 malades, l'amélioration a été de bien courte durée, malgré la pratique de deux ou trois ponctions et la mort est survenue très rapidement par cachexie.

Deux ponctionnés méritent cependant une mention spéciale, attendu que l'amélioration, d'ailleurs partielle, persistait encore 9 et 13 mois après la ponction.

J'ai eu moi-même recours à la ponction lombaire, il y a sept mois, chez un malade atteint de céphalée violente et de neuropapillite double et qui niait toute syphilis. Je retirai 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien normal sans voir diminuer ni la douleur de tête, ni les troubles visuels, tandis que tout cédait rapidement au traitement spécifique. Je revois le malade tous les huit jours : son acuité est actuellement égale à 2/3, et il a pu reprendre sans aucune fatigue ses travaux habituels.

La ponction lombaire n'a donc donné jusqu'ici, dans la thérapeutique des tumeurs cérébrales, que des résultats très variables et, par suite, d'une valeur discutable. Si la tumeur provoque, par son siège ou par sa nature, une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, la ponction lombaire, convenablement pratiquée et même répétée plusieurs fois, peut faire disparaître la céphalée, enrayer la marche de la neuropapillite et améliorer l'état général. Mais, si les accidents de compression sont dus à la présence de la tumeur et non à une hypertension du liquide céphalo-rachidien, son action reste négative. Elle peut même devenir très dangereuse s'il s'agit de tumeurs anévrismales analogues à celles rapportées par Kernig, Sergent et Grenet, où si le néoplasme, privé de son soutien liquide, vient peser brusquement sur la région du bulbe.

Il est possible que le taux de sa mortalité immédiate puisse notablement être abaissé en suivant dans sa pratique les règles posées par Babinski et Sicard. Mais, néanmoins, je demeure con-

(1) Schneyder. De la ponction lombaire comme thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale. *Thèse de Bordeaux*, n° 102, 1908.

vaincu qu'elle sera toujours inférieure à l'intervention chirurgicale, parce que son véritable rôle est d'être un moyen d'exploration et non un moyen de traitement.

M. Walther. — Je ne voudrais pas prolonger cette discussion. Tout y a été dit beaucoup mieux que je ne saurais le faire. Je tiens seulement, puisque chacun de nous doit apporter ici le résultat de son expérience, à dire quelques mots sur trois points.

1° Le diagnostic du siège des lésions, la valeur des localisations qui ont été quelque peu malmenées au début de notre discussion.

Plusieurs fois, il m'est arrivé de faire des trépanations de décompression, sans diagnostic précis de siège ni même de tumeur et, dans ces cas, ou bien je me suis contenté de décomprimer, ou bien j'ai été chercher une tumeur et je n'ai rien trouvé.

Mais, dans quatre cas, un diagnostic ferme m'a été donné. Deux fois Brissaud, une fois Babinski, m'ont fourni l'indication précise qui m'a conduit sur la tumeur ; il est vrai qu'il s'agisssait dans ces trois cas de tumeurs plus ou moins superficielles et atteignant la zone motrice. Enfin, il y a dix-huit mois, j'opérai un jeune garçon de quinze ans chez lequel mon regretté maître le professeur Raymond avait diagnostiqué une tumeur du lobe gauche du cervelet. Je trouvai, en effet, un kyste soulevant ce lobe gauche ; c'était un glio-sarcome kystique à point de départ ponto-cérébelleux.

Je dois donc à la vérité de dire que quatre fois je suis intervenu sous la direction d'un diagnostic précis, nettement affirmé, et que dans ces quatre cas j'ai trouvé la tumeur au siège indiqué.

2° La technique opératoire. Je pense comme tous nos collègues qu'il faut absolument rejeter le ciseau et le maillet. Je m'en suis quelquefois servi non pas pour faire l'orifice d'entrée de la pince gouge, mais seulement pour achever, avec le ciseau à épaulement, la section commencée à la scie des traits de réunion des orifices pratiqués au trépan ou à la fraise. J'ai vu, chez un malade très affaibli, le pouls se ralentir, s'arrrêter même par instants, sous l'influence de cette percussion faite avec les plus grands ménagements. Je n'emploie donc que la pince gouge et le trépan ordinaire ou la fraise, ce qui est très bon si on n'a pas à sa disposition l'instrumentation plus compliquée actuelle, excellente parce qu'elle permet d'agir plus vite.

3° L'ablation des tumeurs en deux temps. Je suis absolument convaincu de la nécessité d'opérer en deux temps. Je l'avais toujours fait pour les explorations, pour les ablations de tumeurs, et,

sur les quatre cas de tumeurs dont je vous ai parlé, trois fois j'ai suivi cette pratique avec un très bon résultat opératoire, je ne dis pas thérapeutique, car il s'agissait dans ces trois cas de sarcomes à évolution rapide. Dans un seul cas, chez le malade de Babinski, nous trouvâmes une tumeur très superficielle qu'on voyait à travers la dure-mère. Je me laissai entraîner par la facilité de l'ablation et, de fait, la dure-mère circulairement incisée autour de la tumeur, celle-ci se dégagea, s'énucléa pour ainsi dire d'elle-même par le simple soulèvement très prudent de la collerette de la dure-mère et, au moment même où elle fut extraite du cerveau, la respiration s'arrêta et, malgré tous nos efforts, malgré l'emploi prolongé de tous les moyens usités en pareil cas, il nous fut impossible de ranimer le malade. Je suis donc partisan convaincu de l'opération en deux temps.

M. Lejars. — Je ne voudrais prendre qu'une part brève à la discusssion qui finit, et parler en néophyte, si l'on veut bien accepter l'expression. Ce n'est point que je n'aie trépané, comme vous tous, nombre de crânes, sur des indications diverses, et que je ne sois intervenu, en particulier, à plusieurs reprises, pour des tumeurs; j'enlevai la première il y a dix-huit ans, à l'hôpital Beaujon, et j'en fus tout heureux et un peu fier, mais le dénouement fatal, qui survint au bout de trente-six heures, me donna tout de suite à réfléchir.

Eh bien, j'estime que, dans ces dernières années, l'instrumentation nouvelle, d'une part, l'expérience médicale de l'autre, ont singulièrement transformé les termes de la question; je ne crois pas — et je ne suis pas tout seul de cet avis — qu'elle se prête actuellement à aucune conclusion ferme et définitive. Elle est à l'étude, elle est en évolution : il convient, avant tout, de rapporter et de comparer des faits, le plus de faits possible, et des faits d'observation commune, médico-chirurgicale.

C'est dans ce sens que je voudrais dire simplement ce que j'ai appris au cours de quelques craniectomies décompressives, pratiquées, depuis quinze mois, en collaboration avec mon ami le Dr Babinski.

De l'instrumentation nouvelle, je dirai d'abord ceci : elle est merveilleuse. Je me suis servi de l'appareil de M. Thierry de Martel, après l'avoir vu opérer lui-même, après m'être entraîné, avec lui, à l'application cadavérique de son instrument : lorsque je compare la besogne ainsi faite, la propre et rapide besogne, avec le lourd travail d'autrefois, non seulement au temps où j'utilisais encore le ciseau et le maillet, mais alors même que je forais les trous aux fraises de Doyen et les réunissais à la scie de Gigli, aux pinces coupantes,

à la pince gouge ; lorsque je mets en parallèle mes anciennes trépanations et celles que j'ai exécutées dans les derniers temps avec l'appareil de de Martel, je suis frappé et, je le répète, émerveillé du progrès technique réalisé. Et cela, d'autant plus que je me souviendrai toujours, comme d'une des plus mauvaises heures de ma vie, d'une trépanation, décompressive précisément, et pour une tumeur cérébrale, que je pratiquai il y a huit ans, devant Babinski et le regretté Brissaud; j'avais de bonnes fraises, de bonnes scies, de bonnes pinces, mais j'avais affaire à un crâne anormalement épais et dur, et ce fut une terrible séance. Quel contraste avec l'instrument nouveau! Il doit être bien manié, c'est entendu, et pour cela, il faut apprendre à le manier et, s'il est possible, le manier souvent; avec le modèle de mon ami Pierre Delbet, dont je ne me suis servi, du reste, que sur le crâne sec, il m'a semblé que la trépidation était moindre : le fait était dû, sans doute, à ce que l'appareil fonctionnait avec un moteur électrique. Quoi qu'il en soit des détails d'application, nous avons ce qu'il faut, à l'heure présente, pour faire très vite, très bien, sans danger, la craniectomie, et telle craniectomie qui paraît indiquée.

Et cette simplicité, cette bénignité de l'acte opératoire, en lui-même, sont un élément de grande importance; j'ajoute qu'en faisant vite on réduit considérablement la durée de l'anesthésie et la dose d'anesthésique, et que, par divers moyens, en particulier par les affusions d'eau salée stérilisée très chaude, on restreint au minimum l'hémorragie.

C'est encore dans le même esprit, et pour atténuer la gravité immédiate de l'intervention, que l'on a pris le parti de n'ouvrir la dure-mère que dans un second temps, au moins lorsque rien ne presse. Je me garderai de chercher à entrer dans le détail des indications, qui, d'ailleurs, ne sont point encore précisées ; mais je tiens à dire que l'opération en deux temps, telle que je l'ai pratiquée sur les conseils de Babinski, m'a paru très supérieure à l'intervention complète immédiate, telle que je l'avais pratiquée autrefois; le premier temps, la craniectomie large, sans incision méningée, suffit souvent à calmer temporairement les douleurs, et l'on peut sans difficulté remettre à quelques jours l'ouverture dure-mérienne, qui s'impose, lorsque les accidents oculaires et auditifs continuent à progresser. Il arrive même que le premier temps, à lui tout seul, puisse donner un résultat excellent et prolongé.

Nous en avons eu un curieux exemple chez une jeune fille de vingt-quatre ans, qui était atteinte d'accidents cérébelleux graves, douleurs intenses, vomissements, vertiges, perte de l'audition, névrite optique œdémateuse, faisant penser à une tumeur de la

région ponto-cérébelleuse. Très pâle, très amaigrie, incapable de se tenir debout, ne reconnaissant presque personne, passant les nuits à crier et à gémir, elle était dans un état lamentable, lorsque M. Babinski me l'adressa, et je n'intervins pas sans quelque répugnance. Babinski me demanda de faire une craniectomie occipitale droite; elle fut exécutée devant lui le 8 mars 1910, je me servis de l'appareil de de Martel : deux trous furent forés au-dessous du sinus latéral, un troisième au-dessus, ils furent réunis de façon à exciser une plaque osseuse de 6 centimètres de diamètre environ. Le sinus latéral droit était largement découvert. Bien que la dure-mère fût très tendue, Babinski fut d'avis d'en remettre l'incision à un second temps. La réunion fut faite et la malade supporta bien cette première opération. Or, les accidents s'atténuèrent peu à peu, et au point que le second temps ne parut pas nécessaire. Aujourd'hui, plus d'une année après la craniectomie décompressive, notre jeune fille ne souffre plus, n'a plus de vomissements ni de vertiges, l'audition est revenue, la pupille reste atrophiée, mais il n'y a plus d'œdème; enfin notre opérée est « bonne à tout faire » et travaille régulièrement chaque jour.

Je ne dirai rien de plus, et je voudrais simplement rappeler, en terminant, que, dans cette chirurgie cérébrale, en pleine évolution et dont l'avenir ne saurait encore être prévu, l'association du médecin et du chirurgien s'impose étroitement.

Rapport.

Appareils plâtrés à anses armées pour fractures compliquées ou opérations articulaires, par M. Gourdet, chirurgien des hôpitaux de Nantes.

Rapport de M. WALTHER.

Le mémoire que nous a adressé récemment M. le Dr Gourdet a trait à une ingénieuse modification de l'appareil plâtré pour les fractures compliquées et les opérations sur les articulations.

M. Gourdet a eu l'idée, très heureuse, d'armer le plâtre, c'est-à-dire de noyer de gros fils de fer dans la tarlatane; il a pu ainsi obtenir des appareils à anse offrant tous les avantages des appareils à anse métallique autrefois préconisés par Lucas-Championnière, mais d'une confection beaucoup plus simple. Ici, en effet, il n'est plus nécessaire d'avoir à sa disposition de ces armatures de fer, de formes et de dimensions variables suivant la région

où elles doivent être appliquées ; il suffit de se munir d'un rouleau de 3 à 4 mètres de fil de fer.

Ce fil de fer ne doit être ni trop fin, pour offrir une résistance suffisante, ni trop gros, pour être facilement modelé. Celui qu'emploie M. Gourdet correspond à peu près au n° 8 de la filière Charrière ; dans le commerce de quincaillerie, il porte le n° 17 de la jauge Japy (3 millimètres de diamètre).

Ce fil de fer, coupé à la longueur désirable, est alors cintré à la main, suivant un tracé de crayon fait à environ 2 centimètres du bord de l'appareil, au niveau des attelles, tandis qu'il se rapproche du centre de la partie que doit former l'anse.

Pour une anse à deux fils, par exemple, le mieux est d'en partager la largeur en trois parties égales, les deux fils devant correspondre aux lignes de séparation. On a ainsi deux languettes souples qui se rabattront l'une sur l'autre, sur la portion médiane armée, donnant ainsi à l'anse toute sa rigidité.

Le fil de fer est solidement cousu au milieu des feuilles de tarlatane, en épousant fidèlement toutes les sinuosités du tracé au crayon.

M. Gourdet donne quelques principes généraux et de minutieux détails d'application de l'appareil, détails qui sont importants à connaître en pratique et que je vous demande la permission de résumer aussi rapidement que possible.

A l'extrémité de l'appareil, dirigé vers la racine du membre, il ne faudra jamais rejoindre les bouts du fil de fer, cela pourrait créer un arc rigide, mal moulé, et qui serait douloureux.

Du reste, au membre supérieur, aux deux extrémités de l'attelle, on peut laisser les deux fils de fer indépendants.

Pour le membre inférieur, il est préférable de le terminer, ainsi que l'attelle fémorale et, au contraire, de border complètement la semelle plantaire avec un fil de fer ininterrompu.

Il faut cintrer d'avance et coudre le fil de fer au milieu de la tarlatane.

Pour l'application, le membre étant solidement maintenu par les aides, en bonne position, donner grossièrement à l'anse sa courbure approximative et appliquer définitivement avec des bandes de toile la portion faisant attelle du côté de la racine du membre pour ne plus avoir à s'en occuper.

Ajuster ensuite et fixer soigneusement avec les bandes la portion inférieure de l'appareil ; puis, après l'avoir vérifié, confier à nouveau aux aides la bonne conduite de la réduction.

Il faut alors modeler l'anse et lui donner toute sa force. Pour cela, on rabat l'un sur l'autre, vers la concavité, les deux bords de la tarlatane qui ont été largement conservés en dehors des

fils de fer ; on peut même loger entre eux, avant de les rabattre, un peu de bouillie plâtrée épaisse ; l'anse est ainsi très renforcée et prend l'aspect d'une anse de panier.

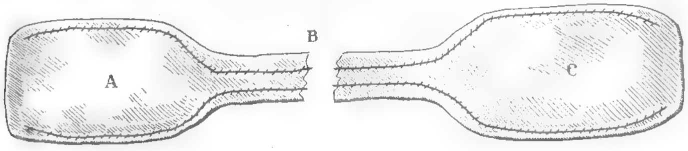


Fig. 1. — Tarlatane préparée pour fracture compliquée du coude. A. Attelle pour le bras. B. Portion rétrécie qui doit former l'anse. C. Attelle pour l'avant-bras et la main.

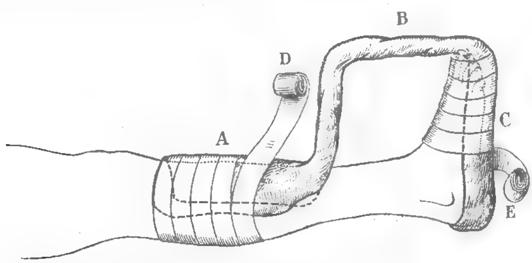


Fig. 2. — Un appareil en place. (L'attelle jambière A de ce dessin est trop courte et devrait remonter jusqu'à mi-cuisse.)

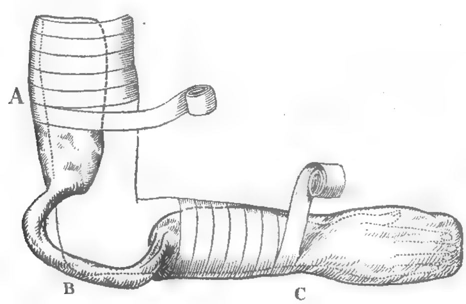


Fig. 3. — Appareil pour lésions du coude.

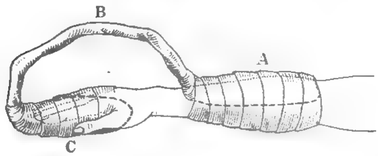


Fig. 4. — Appareil pour lésions du poignet.

Il est aussi très bon de mettre un paquet de bouillie plâtrée pour renforcer les points faibles d'union de l'anse avec les attelles. Autour de l'anse plâtrée est roulée une petite bande de toile qui

peut être retirée avant la dessiccation complète pour lisser l'anse avec un peu de bouillie plâtrée.

M. Gourdet nous donne une série de types d'appareils à anse armée appliqués aux différents segments des membres.

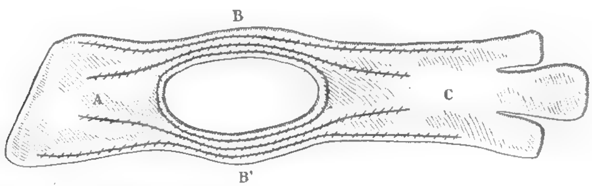


Fig. 5. — Attelle à deux anses préparée pour lésions du genou.

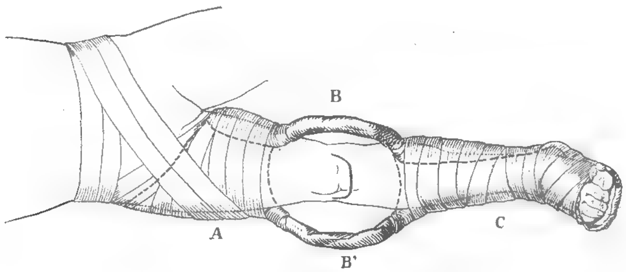


Fig. 6. — Appareil à deux anses pour lésions du genou.

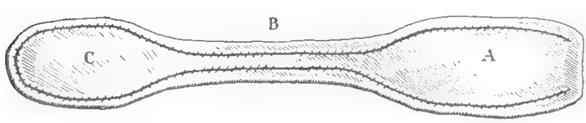


Fig. 7. — Attelle antérieure préparée pour fracture du tiers inférieur de la jambe.

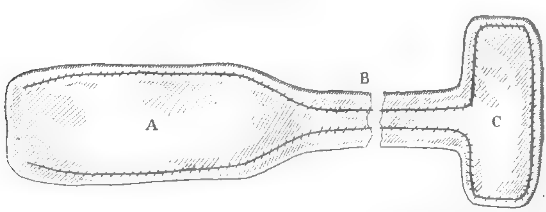


Fig. 8. — Attelle en forme de maillet pour la fracture de Dupuytren.

De ces appareils, quelques-uns (fig. 1, fig. 2, fig. 3, fig. 9) ont été présentés au dernier Congrès français de chirurgie. M. Gourdet y a fait connaître le principe qu'il venait d'imaginer de ces appareils à anse armée. Le travail qu'il nous communique aujour-

d'hui n'est pas la reproduction de la courte note qu'il avait présentée au Congrès, mais bien un travail d'ensemble étudiant d'une façon détaillée, non seulement les principes généraux, mais encore l'application des appareils à chaque cas particulier. De plus, une série de cinq observations cliniques met en évidence les

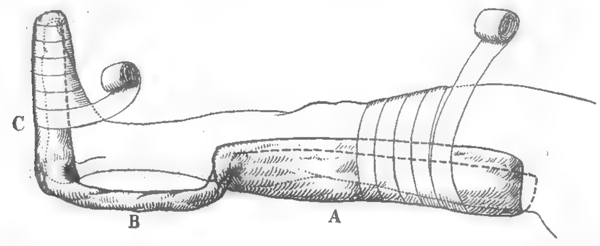


Fig. 9. — Appareil à anse latérale pour fracture de Dupuytren,

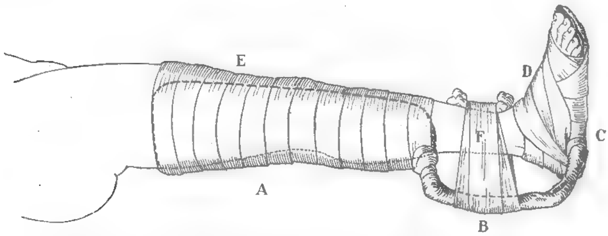


Fig. 10. — Premier moyen de lutter contre le déplacement secondaire des fragments.

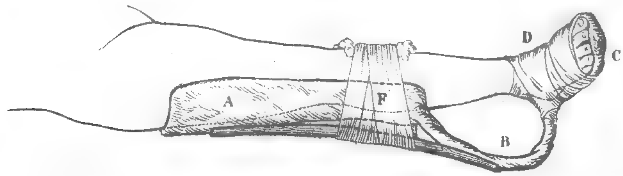


Fig. 11. — Second moyen de lutter contre le déplacement secondaire des fragments.

bons résultats qu'ont donnés, entre les mains de M. Gourdet, les appareils à anse armée dans ces cas particulièrement graves et difficiles.

Je n'ai pas grande expérience personnelle, n'ayant eu l'occasion que deux fois d'appliquer l'appareil de M. Gourdet pour des fractures compliquées de jambes. Ces appareils me semblent très bons, très solides, d'une application un peu délicate, mais ayant, avant tout, le très grand avantage de ne nécessiter que des matériaux qu'il est très facile d'avoir partout à sa disposition.

Je vous propose, Messieurs, de publier dans nos Bulletins les figures que nous a envoyées M. Gourdet et qui, mieux que toute description, mettent en évidence la simplicité et les dispositions pratiques des anses de plâtre armées.

Je vous propose encore d'adresser nos remerciements à M. Gourdet pour son très intéressant travail.

Discussion.

M. Quénu. — J'ai eu une idée analogue à celle de M. Bourdet, c'est de consolider les appareils plâtrés en y incorporant non des fils de fer, mais de petites tiges de bois. J'ai eu recours à certains stares japonais très légers formés de petites tiges de bois faciles à couper aux ciseaux. L'appareil est appliqué de la façon suivante : Je commence, par exemple, pour un mal de Pott, par appliquer une couche mince de bandes plâtrées par-dessus le maillot; puis j'applique les tiges de bois réunies par des fils et qu'on plie en gouttières de différentes dimensions; puis, par-dessus, on refait quelques tours de bandes plâtrées.

L'avantage de ces appareils est d'obtenir une bonne solidité en diminuant énormément le poids de l'appareil, ce qui n'est pas à dédaigner, quand il s'agit d'enfants atteints de mal de Pott et condamnés à porter longtemps des corsets plâtrés.

M. Pierre Delbet. — J'ai fait de nombreuses tentatives pour incorporer au plâtre des substances étrangères et je n'ai pas été satisfait des résultats obtenus.

Vous savez qu'en Allemagne, on met souvent dans les appareils plâtrés des écorces ou des fibres végétales. J'ai eu récemment l'occasion de voir un appareil de ce genre et je puis vous affirmer qu'il était très grossier, mal modelé et qu'il n'avait pas la solidité d'un bon plâtre.

J'ai essayé des attelles métalliques, des fils de fer, des toiles métalliques fines; rien de tout cela ne m'a satisfait.

Les appareils ainsi armés ont un grand inconvénient, ils se modèlent mal et je ne crois pas qu'ils aient d'avantages, car ils ne m'ont pas paru plus solides.

L'an dernier, mon chef de clinique a construit dans mon service, pour une fracture compliquée de jambe, un appareil du genre de ceux-ci, et je pense que bien des chirurgiens en ont fait.

Je reproche à ceux qui nous sont présentés l'inutile prolongement des fils métalliques dans la partie qui doit se modeler. A mon avis, les fils métalliques ne servent qu'à maintenir les anses

pendant la prise du plâtre et il y aurait intérêt à les raccourcir pour permettre un meilleur modelage.

M. Tuffier. — La grande supériorité du plâtre, c'est un modelage parfait, non seulement des parties molles, mais surtout et avant tout des saillies osseuses qui constituent les vrais et seuls points d'appui constants et utiles. Avec un appareil tel que celui qu'on nous présente, on ne peut arriver à cette perfection et on se prive de l'avantage le plus sérieux de l'appareil plâtré.

Je crois donc que ce plâtre armé ne s'applique qu'à des cas spéciaux d'arthrites ou de fractures compliquées.

M. Broca. — Je veux dire comme Tuffier, comme Delbet, qu'il y a quinze ans j'ai cherché à solidifier des plâtres pour coxalgie par des attelles en toile métallique : or, ils ne cassaient pas moins, au contraire peut-être ; et sûrement ils se modèlent mal.

M. Quénu. — C'est là affaire de pratique. J'ai, il y a quelques jours, enlevé à un enfant un appareil analogue à ceux que j'indiquais plus haut. Malgré son faible poids, il avait très bien résisté pendant six mois. Or, vous comprenez bien qu'il n'est pas indifférent de faire porter un appareil de poids modéré, à un enfant malingre, ou un appareil aussi pesant qu'un appareil plâtré ordinaire.

En procédant comme je le fais, le modelage se fait très exactement. C'est sur l'appareil modelé, au préalable, que j'incorpore en quelque sorte les petits grillages de bois. Donc je réponds à ces deux desiderata : faire léger et appliquer exactement.

M. J. Lucas-Championnière. — M. Delbet a raison de dire que de semblables attelles en plâtre armé n'ont pas chance de se mouler aussi bien que de bons appareils plâtrés simples, bien faits. Mais il y a beaucoup de circonstances dans lesquelles on veut obtenir une certaine immobilité sans qu'il soit utile ou indispensable que l'appareil soit aussi exactement moulé et appuyé sur des saillies osseuses, et, dans ces cas, elles me paraissent vraiment constituer des éléments précieux pour certains appareils. Tels ceux qui doivent permettre un pansement au niveau d'une articulation immobilisée, comme ces appareils qui imitent avec leurs arceaux au niveau du genou mon appareil de résection du genou, appareil un peu antédiluvien aujourd'hui puisqu'il y a plus de vingt ans que je ne répète plus les pansements des résections et par conséquent que je place un appareil plâtré fermé qui n'a pas besoin de ces dispositions particulières.

Mais justement, à propos des plâtres que je mets après une résection du genou, je puis dire à M. Delbet qu'il est injuste pour les appareils plâtrés dans lesquels on glisse une attelle métallique. C'est ainsi que je fais ces appareils depuis vingt ans au moins et je puis l'assurer que cette addition d'une attelle métallique permet de faire un appareil très solide quoique assez léger. Il n'a pas été très rare que des sujets aient marché prématurément malgré moi et en conservant leur appareil et cela sans briser un plâtre qui aurait infailliblement cédé sans ce soutien.

M. Savariaud. — Deux mots pour appuyer ce que vient de dire M. Lucas-Championnière. Ici le modelage me paraît accessoire. Je considère ces appareils comme très ingénieux et je serais désolé que ceux qui lisent nos Bulletins puissent croire que nous n'apprécions pas comme il convient l'invention de M. Gourdet.

M. Paul Thiéry. — Il y a dans la méthode qui a présidé à la confection des appareils qui nous sont présentés deux idées différentes :

1° L'idée, grâce à de véritables arceaux reliant les deux parties de l'appareil, de laisser à découvert des foyers de fractures compliquées qui ont besoin d'être souvent pansées. J'ignore si cette disparition a déjà été mise en pratique et je ferai seulement quelques réserves sur le degré de contention de la fracture qui en peut résulter, principalement ce qui concerne la déviation angulaire.

2° Quant à l'idée d'employer un plâtre armé analogue au ciment ou au béton armés des entrepreneurs de maçonnerie, elle est fort ancienne. Déjà notre maître Verneuil « armait » son grand appareil silicaté pour coxalgie d'une attelle en T en fil de fer. J'ai eu l'occasion au cours des soins donnés à des blessés dans un accident de chemin de fer, d'appliquer par nécessité des appareils plâtrés renforcés par du grillage de clôture de chasse incorporés à leur masse; le moulage en était parfait et la solidité à toute épreuve.

D'ailleurs il est de pratique courante de renforcer certains appareils plâtrés ou silicatés à l'aide de l'incorporation de lamelles de zinc perforées pour en diminuer le poids. Leur utilité est incontestable, surtout au niveau des articulations où les efforts de flexion finissent par compromettre la solidité des appareils.

M. Broca. — Quand je fais une résection du genou, je mets un appareil non armé, et jamais je n'en ai vu se casser. Mais j'ai pris la parole exclusivement sur la question secondaire soulevée par Quénu, relative à la valeur des armatures dans le plâtre; et je veux préciser que je n'ai aucunement entendu critiquer le dispo-

sitif ingénieux imaginé par M. Gourdet pour le cas spécial où un appareil à pont est indiqué.

M. Morestin. — Je trouve ces appareils admirablement ingénieux, et je pense qu'ils peuvent nous rendre les plus précieux services.

M. Walther. — Je tiens à dire à la fin de cette discussion tout le bien que je pense des appareils de M. Gourdet.

Je crois qu'il y a eu quelque confusion dans son appréciation par plusieurs de nos collègues.

Il ne s'agit pas ici de consolidation par du fil de fer d'un appareil plâtré ordinaire.

Il s'agit seulement de bien soutenir pendant la dessiccation une anse qui doit être ultérieurement suffisamment solide pour bien maintenir en bonne position les deux extrémités de l'appareil, et en même temps laisser complètement libre la région sur laquelle il est nécessaire de répéter les pansements.

Nous avons tous été aux prises avec les difficultés considérables du traitement des fractures compliquées infectées, et je crois que l'appareil de Gourdet, qui a été fait précisément pour ces cas, peut nous rendre de très grands services et cela d'autant mieux qu'il est très simple, ne nécessite aucun matériel de réserve, mais seulement quelques mètres de fil de fer, qu'on trouve partout.

Lecture.

Pancréatite hémorragique. Épanchement péritonéal séro-hématique et stéato-nécrose de l'épiploon. Intervention. Guérison.

Par M. le D[r] JEANNE (de Rouen).

L'étude des pancréatites n'est pas un chapitre nouveau dans les bulletins de la Société, mais c'est un chapitre dont les pages sont encore rares. Depuis l'importante communication de M. Guinard qui remonte à quatre ans, et les discussions qui l'ont suivie, le seul fait apporté ici est un cas de pancréatite hémorragique dû à M. Lapeyre. Mais les trois observations de MM. Guinard, Faure et Lapeyre concernent des formes de pancréatite sans retentissement péritonéal; ce sont à vrai dire des hématomes du pancréas et de l'arrière-cavité, dont le début peut être brusque et même

atrocement douloureux, mais qui forment ensuite assez lentement, en plusieurs semaines, des tumeurs circonscrites, situées sous le rebord costal gauche, lisses, indolentes, assez bien délimitées, le reste de l'abdomen étant normal.

Il en va tout autrement dans l'observation que je vous apporte aujourd'hui. L'hémorragie passe au second plan; la tumeur n'apparaît pas. Ce qui domine, ce qui masque la lésion initiale, ce sont les conséquences qu'elle engendre par suite de l'irruption du suc pancréatique dans l'abdomen; c'est la réaction de la séreuse, l'épanchement séro-hématique et la nécrose graisseuse. Le diagnostic ne se pose plus avec les tumeurs du ventre, mais avec les grands syndromes péritonéaux.

En France, cette affection a fait l'objet de plusieurs mémoires, entre autres de Lenormant et Lecène, de Dévé, de Leriche et Arnaud, de communications à diverses sociétés (1); M. Dieulafoy lui a donné son entrée dans la clinique et l'a baptisée avec son habituel bonheur d'expression. Mais, si je ne me trompe, l'observation suivante est la première qui vous soit soumise :

Mme D..., âgée de quarante ans, mariée, ayant eu il y a quinze ans une grossesse normale, est une femme assez grasse, qui n'a jamais été atteinte de maladie sérieuse. Elle aurait souffert autrefois de coliques hépatiques.

Ce qu'elle affirme nettement, c'est que depuis des mois, et même un an, ou peut-être davantage, elle ressentait très fréquemment, quasi journellement, une sorte d'endolorissement, de *barre* dans l'hypocondre gauche; et complétant son dire d'un geste transversal mené du milieu du ventre jusque dans le flanc, elle ajoute : « Il me semblait avoir une barre de fer dans le côté gauche du ventre. »

C'est à cause de cette sensation même que, le vendredi 9 décembre, elle prend une purgation et a plusieurs évacuations.

Le lendemain, elle ressent des douleurs à gauche, au milieu de la « barre », pendant toute la journée.

Le dimanche 11, elle reste pliée en deux sur sa chaise, geignant, poussant même un cri de temps à autre, et la nuit suivante elle continue à se plaindre et à souffrir, parfois très vivement.

Le lundi 12, elle est examinée par son médecin, le Dr Beaugeois (de Saint-Valery), qui diagnostique une occlusion intestinale. En effet, le ventre est ballonné, et la malade n'a pas rendu de gaz depuis samedi matin. Elle se plaint d'ailleurs de ne pouvoir uriner. Ce diagnostic est confirmé par un confrère appelé en consultation.

On administre des lavements simples, puis des lavements d'eau gazeuse.

(1) Voir, entre autres, pour cette bibliographie : Lenormant : Quelques travaux récents sur la pancréatite aiguë hémorragique. *Presse médicale*, p. 31, 14 janvier 1911.

Le mercredi 14, elle a un petit vomissement muqueux; elle fait une fâcheuse impression aux deux médecins qui la soignent. Le ventre est très tendu, sensible, le facies grippé, le pouls à 112. On est *obligé de la sonder*; *on retire une faible quantité d'urine.*

Elle entre le vendredi matin 16, à la maison de santé, où je l'examine pour la première fois. Elle est abattue, très déprimée, obnubilée, le facies est grisâtre, sans être grippé; l'impression est mauvaise.

Le pouls est petit, dur, irrégulier, à 110. Température axillaire, 37. La langue est saburrale, mais elle présente en trois places différentes une petite surface lisse, rouge et sèche, qui contraste par sa couleur vive et l'absence de papilles avec le reste de la muqueuse linguale.

Le ventre n'est que peu ballonné, dépressible même sur la région médiane, et rend un son faiblement tympanique quasi normal; première surprise chez une patiente soupçonnée d'occlusion. Les anses d'intestin ne se dessinent pas sous la peau. Cet abdomen est sensible à la pression, mais ne présente pas la douleur vive et superficielle des péritonites. Il est plus tendu, plus résistant, plus douloureux au niveau de l'hypocondre droit, sous le rebord costal, qu'au-dessous de l'ombilic; mais ces symptômes ont leur *acuité maxima* dans *l'hypocondre gauche*. La palpation et en général l'exploration sont difficiles en cette région, parce que la malade s'en plaint et s'efforce de s'y soustraire.

Cependant, la douleur n'a pas l'air excessive et n'arrache pas de plaintes.

Ce qui gêne aussi l'examen, c'est que la respiration est uniquement abdominale, fréquente, et se fait d'une façon saccadée.

La palpation de la *région lombaire gauche* est également doulonreuse.

Les touchers rectal et vaginal sont négatifs.

Troubles fonctionnels. — N'a pas eu de selles depuis samedi, et quand on la presse de questions, répond qu'il lui semble qu'elle n'a pas rendu de gaz.

Mais ce n'est pas de cela dont elle souffre, et il est évident qu'elle n'est pas tourmentée par la gêne de l'évacuation alvine, comme le sont vraiment les gens atteints d'occlusion vraie. Ce dont elle se plaint par contre à plusieurs reprises, c'est de ne pouvoir uriner. Comme elle revenait à plusieurs reprises sur cette difficulté d'uriner, je me demandai un instant si les coliques du début n'étaient pas des coliques néphrétiques suivies de l'arrêt du calcul dans l'uretère, et d'anurie, d'autant que la région lombaire gauche était sensible, comme je l'ai dit. Mais comme la douleur avait nettement une prédominance antérieure, sous-costale, était d'ailleurs diffuse, indubitable aussi à droite, j'abandonnai cette idée.

En définitive, il y avait bien une absence de selles et peut-être aussi de gaz. Mais il manquait bien des signes au tableau de l'occlusion. Ainsi, il n'y avait eu *qu'un vomissement*, deux jours avant, qui ne s'était pas reproduit; le ballonnement du ventre n'était pas très marqué; les douleurs n'avaient pas le caractère de coliques; en vérité c'était là une singulière occlusion.

En somme, l'histoire clinique se résumait à ceci : un fâcheux état

général, accompagné *d'accélération* et *d'irrégularité* du pouls; localement une certaine distension du ventre, accompagnée de résistance et de douleur dans la moitié sus-ombilicale, spécialement prédominante dans le *quadrant gauche*. C'est sur cet ensemble peu précis, mais pressant, que je me décidai à l'intervention immédiate.

Ethérisation (appareil d'Ombrédanne).

Laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe dans le bas de l'incision quelques gouttes d'un liquide paraissant séro-purulent, et tout de suite après un flot de liquide séreux, très fluide, rougeâtre, sans odeur.

Le péritoine est rouge et épaissi; l'intestin grêle est rouge et plat; le gros intestin est *distendu* et pâle.

La recherche d'un obstacle intestinal est négative.

J'agrandis alors l'incision par en haut, jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic, pour explorer la moitié supérieure du ventre et spécialement le côté gauche; rien encore, le péritoine présente les mêmes phénomènes inflammatoires, mais sans pus ni fausses membranes. En continuant l'investigation, j'aperçus l'épiploon rétracté, ratatiné, œdémateux et vascularisé; et l'attirant, je vis sa face supérieure parsemée d'une foule de taches d'un *blanc de bougie*, de formes et de dimensions variables, les plus grosses comme une lentille, d'autres formant de petits placards à contours irréguliers, mesurant 1 centimètre et plus, suivant une ou deux dimensions. Nulle trace de caséification. Du coup, le diagnostic s'éclairait : il s'agissait de stéato-nécrose épiploïque, et je me dirigeai de suite vers le pancréas, en relevant le méso-côlon. Mais de ce côté l'exploration fut vaine.

Abaissant alors le côlon, je fis une large perforation du ligament gastro-colique, épais, gras et infiltré; à peine l'arrière-cavité fut-elle ouverte qu'il en jaillit un nouveau flot de liquide séreux, rougeâtre.

Le péritoine de l'arrière-cavité présente au maximum les mêmes lésions que le reste de la séreuse : il est très épaissi, rougeâtre, dépoli, presque rugueux; mais pas de pus ni de fausses membranes. Il masque le pancréas, qui au doigt paraît plus dur et plus gros qu'à l'état normal; mais on sait qu'il faut se défier de ces appréciations opératoires hâtives et incomplètes.

L'état de la malade étant assez précaire, je place deux gros drains au contact du pancréas, et au-dessous d'eux, sur le plancher de l'arrière-cavité, sur le méso-côlon, j'étale quatre compresses, pour isoler la région drainée du reste de l'abdomen. Un autre drain est placé sous le côlon et plonge dans le cul-de-sac de Douglas. La plaie est refermée à trois plans de sutures, à l'exception de l'ouverture laissée pour le passage des mèches et des drains.

Un petit morceau d'épiploon a été réséqué pour l'examen histologique.

Suites. — Le soir même, température 37, le pouls est resté le même. Mais l'opérée se sent mieux, la figure est meilleure, plus éveillée; elle n'a pas vomi; elle a *uriné seule et abondamment*.

Le lendemain, bonne impression. Pouls irrégulier, à 104.

Le pansement souillé d'un liquide séro-hémorragique est changé. Urines abondantes. Pas de vomissements.

Le surlendemain 18, a rendu des gaz la nuit précédente, a quelques coliques. Quatre selles spontanées, la dernière moulée, à la fin de la journée et la nuit suivante.

19 décembre, le ventre n'est presque plus sensible; deux ou trois selles. Sensation de bien-être persistant.

20 décembre, température 37°5; pouls 100.

Pansement imbibé de viscosités sanguinolentes. Un drain est retiré, ainsi que deux mèches.

22 décembre. Selles liquides et deux solides. Pas de stéarrhée. Urines normales, abondantes. Température 37°5. Le pouls est à 90, et *régulier* maintenant. Aspect excellent. La langue n'a plus ses plaques rouges dépapillées. Les deux dernières mèches sont enlevées; le drain est remplacé par un plus petit. Du drain sous-colique sort un pus blanc, visqueux, semblable à de la colle.

Du drain de l'arrière-cavité sort un liquide noirâtre, marc de café.

23 décembre. Le pouls est *régulier*, entre 90 et 100, et *n'est plus tendu*, est devenu souple. Selles faciles, quotidiennes ou bi-quotidiennes,

Du 24 décembre au 5 janvier, légers incidents.

Les 24, 25, 26, plusieurs épistaxis ; et ce dernier jour, apparaît un ictère léger, reflet verdâtre des urines. Abattement. L'ictère s'accentue un peu les jours suivants; le régime lacté absolu est prescrit.

Le 5, l'ictère a disparu, les urines sont redevenues normales. Leur analyse, faite au moment de cette période, a montré :

Traces de pigments biliaires; albumine, 0 gr. 85 par litre.

Sucre, 2 grammes par litre.

10 janvier. Le drain sus-pubien est retiré.

13 janvier. Le dernier drain est enlevé.

16 janvier. Quitte la maison de santé.

Le 25, la plaie est complètement cicatrisée. L'état est parfait.

L'examen histologique a été pratiqué par mon collègue le Dr Dévé, qui a déjà publié sur le sujet un mémoire court mais substantiel (*Normandie médicale*, 1er et 15 avril 1907).

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur un fragment d'épiploon parsemé des petites taches blanches ayant appelé l'attention. Fixation à l'alcool fort, inclusion à la paraffine, coloration des coupes à l'hématéine-éosine.

La frange épiploïque prélevée, longue de 1 centimètre et épaisse de 4, présente quatre petits îlots foncés, superficiels, immédiatement sous-péritonéaux, plus larges que profonds (ils mesurent 1, 2 et 5 millimètres de largeur sur un demi et 2 millimètres d'épaisseur).

Au plus faible grossissement du microscope, ces îlots, pleins et violemment colorés par l'éosine et l'hématéine, tranchent immédiatement sur le fin réseau du tissu adipeux ambiant, ayant conservé son aspect normal sauf au contact même de la lésion qui se trouve sertie par une étroite zone réactionnelle.

Un grossissement plus fort, plongé au milieu des îlots foncés, montre, encore reconnaissables à leur silhouette, des cellules adipeuses remplies d'une substance amorphe, prenant fortement l'éosine vers le centre de l'îlot, plus fortement l'hématéine vers sa périphérie. En aucun point, on ne constate de cristaux d'acides gras à leur intérieur. Pas une cellule, pas un noyau n'a échappé à la *nécrose*, dans toute l'étendue de ces zones pleines, qui présentent toutes le même aspect et la même constitution.

Au contact même de ces îlots névrosés, à limites franches, le tissu adipeux est fortement infiltré de leucocytes, polynucléaires et mononucléaires. L'infiltration leucocytaire s'étend à une petite distance, le long des principales travées conjonctives cloisonnant la frange adipeuse. A leur niveau, on note en outre une prolifération très nette des plasmazellen.

Le péritoine qui recouvre les placards nécrosés est épaissi, dense et lui-même nécrosé. En un point, on constate, à son contact, une réaction fibrino-leucocytaire superficielle, en voie de nécrose.

Les vaisseaux sanguins de la frange épiploïque sont en général indemnes, les artères en particulier ; à peine une ou deux petites veinules sont-elles partiellement thrombosées. Une veine de plus fort calibre, située aux confins même d'un des îlots de nécrose, présente des lésions sur la seule paroi en contact avec la lésion, l'autre restant saine. Sur sa face altérée, la paroi veineuse a subi une désintégration fibrinoïde et une infiltration de leucocytes, en cytolyse, pour la plupart. Cette veine n'est pas thrombosée.

En aucun point des préparations, on ne constate de lésions cancéreuses, tuberculeuses ou pseudo-tuberculeuses.

Bref, on a affaire aux lésions absolument typiques de la *cyto-stéato-nécrose d'origine pancréatique*, telles que je les ai représentées dans mon article de la *Normandie médicale*.

En résumé, une femme de quarante ans, grasse, souffrant depuis des mois d'une barre abdominale, est prise de douleurs et de constipation qui simulent l'occlusion intestinale. Les urines sont rares et la miction difficile ou impossible. L'état général est grave. Le pouls est fréquent, petit, tendu, irrégulier, la température normale. Le ventre, peu ballonné, est sensible et résistant, dans la moitié sus-ombilicale et principalement à gauche ; l'exploration de l'angle costo-musculaire gauche est douloureuse, à l'exclusion du reste de la paroi abdominale postérieure.

L'opération montre un épanchement séro-hématique, une sorte de péritonite aseptique ayant son maximum dans l'arrière-cavité, et de la stéato-nécrose de l'épiploon. C'est donc un cas parfait de pancréatite hémorragique.

Or, je n'ai fait le diagnostic qu'au cours de l'intervention, et je m'en accuse devant M. Guinard ; mais il n'existait aucun des quatre signes qu'il attribue avec raison à la forme circonscrite de

la pancréatite, à l'hématome pancréatique, sous-péritonéal pour ainsi dire : ni début brusque, ni douleur cœliaque, ni cachexie suraiguë, ni tuméfaction locale.

Mais, par contre, et c'est là-dessus que j'insiste pour bien marquer que la forme *qui s'accompagne d'irruption et de diffusion péritonéale est cliniquement distincte de la forme circonscrite*, il existait un syndrome complexe où une analyse en éveil aurait pu déceler à la fois des troubles fonctionnels dépendant du grand sympathique, et des douleurs provoquées attribuables au pancréas. Aucune affection ne pouvait en rendre compte, sinon la pancréatite.

Sans vouloir reprendre l'étude du diagnostic, je puis noter que c'était une occlusion bien étrange, qu'une occlusion sans coliques nettes, sans ballonnement excessif, sans contractions antipéristaltiques, sans vomissements. C'eût été également une péritonite bien déconcertante qui n'aurait pas amené de modifications de la température, pas de vomissements, pas de vive douleur à fleur de peau, pas de sensibilité du toucher rectal ou vaginal.

Je signale comme symptôme pouvant guider le clinicien cette nette sensation de barre durant depuis un an et correspondant bien à la région du pancréas.

Si j'en juge par les travaux de M. Laignel-Lavastine (1), il semble que certains des symptômes que j'ai observés dépendent de la *paralysie* du plexus solaire, d'autres de son *excitation*, les deux processus se succédant sans doute. Sans démêler ce qui appartient à chacun d'eux, on peut dire que les *réactions* morbides du système *sympathique* ont déterminé :

a) La dépression profonde de l'état général ;

b) L'irrégularité et la tension du pouls ;

c) La paralysie intestinale, d'où un certain ballonnement et la constipation.

Il est intéressant de noter, comme je l'ai vu au cours de l'opération, que le ballonnement était uniquement localisé au côlon transverse, et que la *paralysie motrice* s'accompagnait cependant de *vaso-constriction*, puisque la pâleur de ce segment d'intestin tranchait sur le rouge sombre de l'intestin grêle aplati ;

d) La paralysie de la *sécrétion rénale*, d'où oligurie ;

e) La paralysie de la *contraction vésicale*, d'où dysurie et rétention d'urine.

Ces deux derniers symptômes ont pu faire penser à l'anurie calculeuse, hypothèse corroborée par la douleur lombaire gauche. Cette douleur de l'angle costo-musculaire gauche, à l'exclusion de

(1) Laignel-Lavastine. Recherches sur le plexus solaire. *Thèse de Paris*, 1903.

toute sensibilité du reste de la paroi postérieure de l'abdomen, doit orienter l'esprit vers une affection pancréatique, comme l'a déjà indiqué Mayo-Robson.

Ce n'est donc pas seulement en avant, c'est aussi en arrière sur le bord externe de la masse sacro-lombaire qu'il faut aller interroger le pancréas; un seul organe peut donner le change, c'est le rein gauche, mais il ne répond pas de la même façon à la palpation antérieure, et il forme d'ailleurs des tumeurs bien délimitées.

Le *diagnostic opératoire* se pose facilement; ces blancs noyaux, non caséifiés, ne ressemblent pas à la tuberculose; ils pourraient évoquer l'idée d'un cancer, mais le péritoine pariétal, le péritoine intestinal n'en contiennent pas; ce sont les tissus graisseux seulement qui en sont infiltrés; d'ailleurs, ils ne font pas relief, ils ne forment pas tumeur; simple dégénérescence de l'épiploon (ou du mésentère), ils font corps avec lui, ils y sont enchâssés, non énucléables, comme le montre le petit fragment que je vous présente.

Le simple drainage et le cloisonnement de l'arrière-cavité ont amené la guérison, sans que j'aie eu à recourir à la dilacération superficielle du tissu pancréatique.

M. Veau, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur un cas d'*invagination intestinale* chez un enfant de sept ans et demi, malade depuis dix-huit jours. Désinvagination. Guérison, présentation du malade.

Le travail de M. Veau est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Ombrédanne est nommé rapporteur.

M. Guisez lit un travail sur les résultats de 68 cas de *corps étrangers des voies digestives*, reconnus et enlevés à l'aide de l'*œsophagoscopie*.

Le travail de M. Guisez est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Michaux est nommé rapporteur.

M. Estradère (de Luchon) lit un travail sur la *formolisation des tumeurs cancéreuses*, avec photographies.

Le travail du Dr Estradère est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Morestin est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Kystes hydatiques multiples du foie et de l'abdomen. Kyste juxta-appendiculaire.

M. Walther. — J'ai opéré le malade, homme de trente ans, que je vous présente, une première fois en 1906 pour quatre kystes hydatiques du foie; une deuxième fois en 1910 pour six kystes du foie; une troisième fois en 1911 pour des kystes multiples de l'abdomen.

La première intervention eut lieu le 12 janvier 1906. Une ponction exploratrice avait été faite dans un service de médecine, où le malade était entré pour des accidents simulant une poussée de pleurésie; cette ponction avait assuré le diagnostic de kyste hydatique de la face convexe du foie.

Je fis l'incision transpleurale avec résection large de la 10e côte. Je trouvai un premier kyste un peu adhérent au diaphragme. Après ponction et formolage il fut largement incisé, vidé de sa membrane hydatique; je trouvai alors un second kyste séparé du premier par une mince cloison perforée d'un petit orifice, secondaire évidemment; puis deux autres kystes plus profonds, séparés des premiers par une portion de tissu hépatique qui put être effondrée après ponction et formolage des kystes, de façon à réunir en une seule les quatre cavités.

A cause de l'irrégularité de cette nouvelle cavité à diverticules, je laissai un drainage. La réparation était complète au bout de deux mois.

Le malade rentra dans mon service au bout de quatre ans, en juin 1910, avec un nouveau kyste de la face convexe.

Je l'opérai le 24 juin. Je trouvai cette fois quatre kystes indépendants les uns des autres, plus ou moins profondément situés sous la face convexe, mais assez rapprochés pour pouvoir encore être réunis en une seule cavité, par effondrement, après ponction et formolage. L'exploration faite par cette cavité révéla encore l'existence de deux autres tumeurs loin situées, près du bord antérieur, mais assez près de l'extrémité antérieure de l'incision. Celle-ci fut prolongée de quelques centimètres et les deux cavités attaquées directement en avant.

Cette fois, malgré la multiplicité des cavités, je fis la suture, sans aucun drainage; la guérison se fit sans incident.

Quelques mois plus tard, à la fin d'octobre, il rentre à nouveau dans mon service, se plaignant de douleurs abdominales revenant par crises, avec vomissements. A ce moment, il ne souffre pas;

l'examen du foie reste négatif. La radioscopie ne révèle le développement d'aucune nouvelle tumeur à la face convexe du foie.

Brusquement, dans la nuit du 1er janvier 1911, il est pris de douleurs dans la fosse iliaque droite ; il a dans la nuit trois vomissements bilieux. Le 2 janvier au soir, la température monte à 38 degrés, mais retombe, le 3, à 37. A l'examen du ventre, on constate une défense très nette dans la fosse iliaque et le flanc droit. La palpation profonde provoque une vive douleur, un peu bas, au-dessus de l'arcade crurale.

Quelques jours plus tard, on perçoit nettement l'existence d'une tumeur, du volume d'une olive, mais plus allongée, siégeant exactement à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à cette arcade. En dedans, on sent une autre tumeur également allongée parallèle à la première.

Je pensai à un petit kyste hydatique siégeant soit dans la paroi de l'appendice, soit à côté de l'appendice et ayant provoqué une crise légère d'appendicite par irritation de voisinage.

J'opérai donc le malade pour la troisième fois le 13 janvier 1911. Je trouvai une tumeur kystique multilobée, siégeant contre la paroi, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; l'épiploon, adhérent au péritoine qui recouvrait la tumeur, fut réséqué.

Je pus alors, en incisant le péritoine, énucléer la tumeur, en même temps qu'une autre tumeur plus petite située au flanc interne de la précédente.

Dans l'épiploon, à gauche, autre kyste du volume d'un œuf, appendu à un diverticule par étirement de la paroi du côlon. La tumeur fut enlevée, le diverticule intestinal réséqué et son pédicule enfoui dans l'intestin.

Dans la fosse iliaque cependant, je ne trouvai ni appendice ni cæcum. Recherchant plus haut, je constatai une inversion du cæcum qui était sous le foie avec un appendice petit, enfoui dans le méso-côlon et soulevé par un kyste du volume d'un œuf, situé lui aussi dans le méso-côlon, sous l'angle iléo-colique.

Aujourd'hui, ce garçon a repris son travail, se porte bien, digère bien, n'a plus de douleurs abdominales et a acquis un certain embonpoint.

Il présente seulement dans la cicatrice thoracique quelques noyaux arrondis et durs qui semblent être encore de petits kystes en voie de développement.

Entre temps, de nombreux examens du sang furent faits par M. Weinberg et donnèrent toujours avec des variations d'intensité des résultats positifs de la réaction de fixation du complément.

L'ensemencement du liquide contenu dans le kyste juxta-appendiculaire a donné des cultures pures de staphylocoques.

Tumeur mixte de la parotide traitée à deux reprises différentes par l'extirpation, et, depuis lors, par la radiographie. Bon résultat au bout de dix ans.

M. E. Kirmisson. — J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de Chirurgie une jeune fille de seize ans, que je traite depuis dix années, pour une tumeur mixte de la parotide. Elle est entrée pour la première fois, dans mon service, à l'âge de six ans, et, le 27 avril 1901, j'ai pratiqué chez elle, avec le bistouri, l'extirpation d'une tumeur mixte de la parotide gauche, du volume d'une grosse noix. Il est noté dans le compte rendu de l'opération, que la tumeur est extrêmement adhérente aux parties voisines ; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on la libère ; on l'extirpe en deux lobules, et l'on aperçoit au fond de la plaie le nerf facial et sa division en deux branches. Dans l'écartement de ces deux branches, on note quelques lobules glandulaires que l'on laisse en place, plutôt que de s'exposer à la section du nerf.

L'examen histologique de la tumeur pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Bize, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte renfermant à la fois du tissu conjonctif, du tissu épithélial et de la substance colloïde.

Les faisceaux conjonctifs circonscrivaient des cavités renfermant, soit de la substance colloïde, soit des bourgeons épithéliaux. En certains points, on rencontrait des cellules embryonnaires formant des amas ou des infiltrations donnant à certaines régions de la tumeur l'aspect du sarcome à cellules rondes. Toute la tumeur est pénétrée par des boyaux épithéliaux de volume variable ; lorsque les bourgeons épithéliaux sont petits, ils sont pleins ; mais, à mesure qu'ils augmentent de dimension, ils se creusent de cavités contenant de la substance colloïde. Il est facile de se rendre compte que celle-ci est due à la dégénérescence des cellules épithéliales ; car on voit fréquemment le protoplasma cellulaire se gonfler, s'éclaircir, puis se liquéfier.

La constitution histologique de la tumeur, aussi bien que les circonstances notées au cours de l'opération, nous inspiraient les plus grandes craintes au sujet de la récidive.

En effet, le 1er novembre 1903, l'enfant revenait dans notre service, et nous apprenions que, depuis un an, la récidive s'était montrée et avait augmenté progressivement de volume.

Le 4 novembre 1903, nous notons : la tumeur s'est reproduite en avant de l'incision de la première opération qui passait immédiatement au-devant du pavillon de l'oreille. Elle est de consistance ferme, du volume d'un petit œuf, mesurant 4 centimètres de lon-

gueur sur 3 de largeur; sa forme est régulièrement ovalaire, à grand axe vertical. La peau qui la recouvre est légèrement violacée avec de petites dilatations veineuses.

La tumeur est encore légèrement mobile sur les plans profonds. Son extrémité supérieure atteint l'arcade zygomatique, l'extrémité inférieure s'arrête à un centimètre du rebord de la mâchoire. Son bord antérieur déborde largement le masséter. On sent, au niveau de l'angle de la mâchoire, un ganglion du volume d'une noisette, et un autre plus petit sous le bord du maxillaire ; nombreux ganglions dans le triangle sus-claviculaire.

Le 5 décembre 1903, j'ai pratiqué pour la seconde fois l'extirpation de cette tumeur. La peau, très amincie, est extrêmement vasculaire, chaque coup de bistouri donne une hémorragie importante. La face externe de la tumeur étant complètement mise à nu, il est possible de la soulever à l'aide d'une spatule, ce qui rend plus aisée la dissection de sa face profonde. On aperçoit le nerf facial qui est ménagé, et l'artère transverse de la face qui est liée au catgut. La tumeur est assez isolée pour qu'on puisse la faire basculer de dedans en dehors et l'enlever. Mais, cette fois, encore, il était bien évident que des éléments néoplasiques étaient restés dans la profondeur de la plaie, et que la tumeur ne tarderait pas à repulluler.

En effet, la cicatrisation n'était pas encore complète, qu'on notait déjà une tuméfaction profonde et une petite fistule laissant échapper un liquide blanchâtre, purulent. C'est dans ces conditions que, le 15 mars 1904, nous commençâmes le traitement par la radiothérapie, qui fut continué jusqu'au 30 juin de la même année. A ce moment, les bords de la cicatrice s'étaient beaucoup affaissés, la peau était à peine violacée et l'écoulement avait perdu son caractère purulent et s'était transformé en un écoulement séreux. Le traitement radiothérapique dut être interrompu par suite de la maladie de la mère.

Il ne fut repris que le 22 décembre ; à ce moment, la petite fistule persistait et donnait de nouveau un écoulement purulent.

Le traitement fut continué cette fois jusqu'à la fin d'octobre 1905.

Depuis lors, nous avons revu, à diverses reprises, cette malade. En avril 1907, nous notions : l'écoulement n'a pas reparu ; la peau a repris sa teinte normale. Le 23 mai 1909, nous disons : la malade reste en bonne santé ; la tumeur conserve un très petit volume.

Elle revient nous voir cette année, le 6 mars 1911, parce que, depuis quelque temps, elle éprouve des maux de tête. La tuméfaction a un peu augmenté, ainsi que la paralysie faciale. Nous

reprenons le traitement par la radiothérapie, faisant quatre séances, les 6, 14, 21 et 28 mars. Sous cette influence, les douleurs de tête ont disparu, et la région malade a de nouveau diminué de volume.

En résumé, chez cette petite malade, en l'espace de huit années, il a été fait 40 séances de radiothérapie ; la quantité d'H absorbée a été de 110; les rayons correspondaient à une force de pénétration du n° 6 du chromoradiomètre de Benoist.

Il m'a paru intéressant de vous soumettre le résultat qu'a pu fournir le traitement radiothérapique, à longue échéance, dans un cas où la prompte récidive, la repullulation immédiate de la tumeur après la seconde opération, la tendance à la fistulisation, l'engorgement ganglionnaire, faisaient poser tout d'abord un pronostic assez sombre.

Invagination aiguë.

M. Ombrédanne. — Le petit malade que je vous présente a été opéré par moi d'invagination intestinale aiguë, dix-huit heures après le début des accidents.

Sa guérison a été troublée par un incident, une éviscération au neuvième jour.

J'aurai l'occasion de revenir sur différents points de l'histoire de ce petit malade en faisant le rapport dont vous m'avez chargé sur une observation présentée par M. Veau, et relative à un autre cas d'invagination intestinale opérée de garde dans mon service.

Présentations de pièces.

Fracture spontanée d'une exostose épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Kirmisson. — La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie provient d'un jeune homme de quatorze ans et demi, entré dans mon service le lundi 20 mars pour une exostose de l'extrémité inférieure du fémur droit. Ce jeune homme portait sa tumeur depuis deux années; mais il n'en avait jamais souffert; aussi n'avait-il consulté personne. Le dimanche matin, 19 mars, ce jeune homme avait pu faire sans difficulté quelques courses, lorsque, étant assis et voulant se relever, il éprouva tout d'un

coup une douleur vive au niveau de sa tumeur. Comme la sensibilité douloureuse persistait, il vint le lendemain matin à la consultation, et fut admis dans le service. En palpant la tumeur, on constate immédiatement sa mobilité, et les mouvements communiqués à l'exostose s'accompagnent d'une crépitation douce, rappelant la crépitation tendineuse. Du reste, la radiographie a confirmé le diagnostic de fracture. En dehors de tout antécédent de traumatisme, il semble bien que la fracture se soit produite par cause musculaire. A quelle époque? C'est ce qu'il nous est impossible de préciser. Mais, à coup sûr, la fracture devait remonter à une date déjà ancienne; car, comme on peut le constater sur la pièce, il existe une véritable pseudarthrose. Les faits de cette nature me paraissent devoir être très exceptionnels; aussi, m'a-t-il semblé intéressant de soumettre cette pièce à votre examen.

M. Morestin. — Il y a là une disposition déjà ancienne. Il s'agit d'une pseudarthrose. J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple, qui a été consigné autrefois dans les Bulletins de la Société anatomique. Le sujet présentait sur les deux fémurs et les tibias des exostoses multiples. L'une d'elles était mobile et présentait au niveau de son pédicule une véritable pseudarthrose. La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

M. J. Lucas-Championnière. — Je ne vois pas bien comment on peut affirmer le diagnostic de fracture spontanée de cette exostose, puisque la fracture est ancienne et qu'il est impossible de savoir si cette séparation de l'exostose n'a pas eu lieu antérieurement à l'occasion d'une chute ou d'un traumatisme.

Anévrisme de la base du cou traité par la méthode de Brasdor.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter les pièces d'une malade que j'ai opérée d'un gros anévrisme de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

L'opération a été faite le 28 mars 1907, et la malade est morte en août 1910, à la suite de crises d'angine de poitrine, dans le service de M. Apert, qui a eu l'amabilité de m'adresser les pièces que je vous présente.

Comme on le voit, cette malade pouvait être considérée comme guérie. Le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière portent bien encore les traces d'une dilatation, mais bien minime

en comparaison de la tumeur considérable qui battait dans la région sous-clavière.

C'est donc là un fait encourageant et qui prouve l'excellence de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrismes de la base du cou.

M. GUINARD. — Je tiens à souligner l'importance de la présentation de cette pièce. Je pense qu'on n'a pas vu souvent pièces en mains le résultat éloigné de la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière pour la cure des anévrismes de la base du cou. Ici, quatre ans après l'opération, je déclare que je ne vois plus trace de l'anévrisme traité par M. Rochard.

Élection.

NOMINATION D'UNE COMMMISSION DESTINÉE A EXAMINER LES TITRES DE M. PONCET A L'HONORARIAT.

Nombre de votants : 32.

Ont obtenu :

MM.	BAZY	31	voix.	Élu.
	MICHAUX	31	—	—
	KIRMISSON	29	—	—

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. le D[r] ROBINEAU, chirurgien des hôpitaux, posant sa candidature à la place de membre titulaire.

A propos de la correspondance.

M. le D[r] Urbain GUINARD (de Saint-Etienne) envoie une observation de *nécrose des os du crâne par électrocution*. Résection des parties osseuses mortifiées.

L'observation de M. Guinard est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. QUÉNU est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT. — J'annonce à la Société que MM. les D[rs] SINCLAIR WHITE (de Sheffield) et MOYNIHAN (de Leeds), membres correspondants étrangers, assistent à la séance.

Présentation de livres.

M. Antonin Poncet. — Je fais hommage à la Société de Chirurgie, de la part de son auteur, le Dr H. Alamartine, d'une étude très personnelle, très complète, ayant pour titre : *Le goitre exophtalmique et son traitement chirurgical.* (Thèse de Lyon, 1910. Maloine, éditeur.)

Cet important travail, qui avait précédé de quelques mois les rapports remarquables de X. Delore et de Ch. Lenormant au dernier Congrès de chirurgie (Paris, 1910), intéresse médecins et chirurgiens. Il précise les indications et la technique du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow. Il établit la valeur incontestée d'opérations diverses, dont la valeur curatrice est naturellement d'autant plus grande qu'elles sont plus précoces.

Enfin, il met en relief l'origine infectieuse de nombreux cas de maladies de Basedow, primitives et secondaires, origine démontrée, à la fois, par la clinique et l'anatomie pathologique.

Parmi les infections agissantes, le plus souvent en cause, se trouve la tuberculose. Il s'agit alors de la *tuberculose inflammatoire* (Poncet et Leriche) qui, on le sait, est une variété de bacillose à formes plus ou moins atténuées, et, la plupart du temps, sans spécificité anatomique.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le drainage en décubitus latéral dans les péritonites diffuses.

M. Walther. — Dans la dernière séance, notre collègue M. Lafourcade, de Bayonne, a appelé notre attention sur le traitement des péritonites diffuses suivant la méthode préconisée par les chirurgiens américains et dont M. Gibson, de New-York, avait explicitement exposé la technique à l'avant-dernier Congrès de chirurgie.

Je ne veux pas reprendre ici une question qui mériterait d'être étudiée complètement dans une discussion spéciale. J'ai depuis deux ans employé, dans plusieurs cas, les grandes irrigations continues de sérum par l'intestin et il me semble que j'ai obtenu, par cette méthode, de bons résultats. Mais ce n'est là qu'une impression qui mériterait, pour avoir quelque valeur, d'être appuyée sur l'observation d'un grand nombre de faits, et il est d'autant plus dificile de se rendre compte d'une façon précise de

la valeur thérapeutique de cette méthode qu'elle se trouve associée à d'autres modifications, telles que la position spéciale maintenue après l'opération, qui est, elle aussi, un facteur très grand de succès.

Je voudrais dire simplement quelques mots au sujet de ces positions post-opératoires. J'ai employé depuis longtemps, comme tous mes collègues, je crois, la position assise de Fowler et Murphy; elle assure bien l'assèchement de la grande cavité péritonéale, mais elle laisse toujours dans le cul-de-sac pelvien un foyer drainé en contre-bas et où peut s'accumuler une certaine quantité de liquide septique dans l'intervalle des pansements. Nous en avons la preuve dans l'évacuation de ce liquide septique que nous obtenons par aspiration au moment du pansement. C'est pour parer à cet inconvénient que Fowler a proposé de faire systématiquement, chez la femme, l'ouverture du cul-de-sac postérieur et de drainer ainsi par le vagin en suturant l'incision abdominale.

La déclivité parfaite du drainage ne peut donc être assurée que par la contre-ouverture vaginale.

Dans la laparotomie médiane, la position de Fowler sans contre-ouverture vaginale donne encore un assez bon drainage, mais conserve cet inconvénient du petit clapier pelvien.

De plus, j'ai rencontré, dans l'emploi de la position de Fowler, une difficulté que je n'ai pas entendu signaler : c'est le retard forcément apporté à la mise de l'opéré en position assise. Ce n'est qu'après le réveil complet et bien souvent quelques heures plus tard que j'ai pu assurer d'une façon suffisante la position. Immédiatement après l'intervention, beaucoup d'opérés ne supportent pas d'être assis; ils pâlissent, ont des défaillances et on est obligé de les remettre à plat.

Par conséquent, pendant les premières heures, au moment où précisément le drainage des liquides septiques a peut-être le plus d'importance, il ne peut être assuré d'une façon permanente.

Avec l'incision latérale, le drainage pelvien en position de Fowler est beaucoup moins bon; or, dans les interventions d'urgence pour péritonite d'origine appendiculaire, je crois que l'incision latérale est encore la meilleure. Elle seule permet d'enlever toujours l'appendice. La laparotomie médiane expose à une recherche longue, à des manœuvres pénibles si l'appendice est haut situé sous le foie. Et, en pareil cas, il est important d'aller vite.

Aussi m'étais-je attaché depuis quelques années à chercher un bon drainage qui pût convenir aux laparotomies latérales pour péritonite d'origine appendicitaire.

Le drainage latéral, avec décubitus latéral, me paraît réunir les meilleures conditions de simplicité et d'efficacité.

Voilà bientôt trois ans que je l'emploie (je l'ai fait pour la première fois, le 22 mai 1908, pour une péritonite diffuse due à une appendicite gangreneuse perforante).

L'incision doit être faite très en dehors, parallèlement à la crête iliaque. C'est là le point déclive de la cavité abdominale lorsque le malade est couché sur le côté.

J'ai fait sur le cadavre une série de moulages pour mettre en évidence la situation exacte de ce point déclive. Il correspond précisément à la partie tout à fait supérieure de la fosse iliaque immédiatement au-dessus de la crête iliaque. Je vous présente ici quelques-uns de ces moulages. Vous pouvez voir que le point

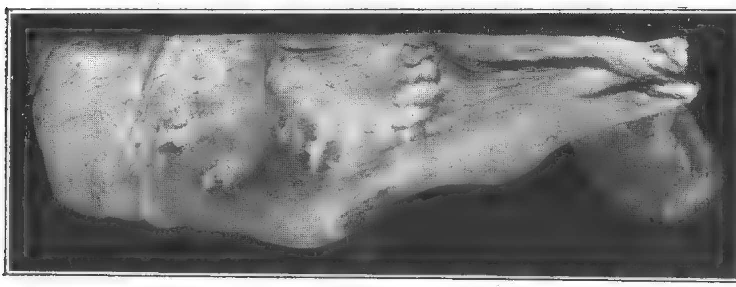


Fig. 1. — Moulage de la moitié droite de l'abdomen d'un sujet adulte en décubitus latéral.

correspondant à l'incision et qui est marqué par une ficelle passée à travers la paroi et englobée dans le plâtre, se trouve au-dessous même du plan correspondant au petit bassin ; quelquefois ce dernier est à la même hauteur, d'ordinaire il est plus élevé, jamais il ne se trouve en contre-bas. La fosse lombaire est bien drainée elle aussi par cette incision sus-iliaque qui lui est encore inférieure par suite du redressement, de l'incurvation du tronc soutenu par des oreillers.

L'observation clinique vient appuyer ces résultats expérimentaux. En cas de péritonite diffuse, je place, par l'incision sus-iliaque, un drain dans la fosse lombaire, un drain dans le Douglas, un troisième drain transversal sous la paroi. Il est frappant de voir avec quelle sûreté est complètement et constamment asséchée la cavité de drainage. Au lieu de trouver dans la lumière du drain une certaine quantité de liquide qui doit être enlevée par aspiration, comme nous sommes habitués à le voir dans le drainage du Douglas en contre-bas avec la position du Fowler, on

constate ici un assèchement complet; toute aspiration dans les drains devient inutile.

L'écoulement du liquide qui se fait pendant les premières heures est extrêmement abondant, toutes les pièces du pansement sont souvent traversées; mais, lorsqu'on enlève le pansement souillé de liquide, on trouve un drain sec et une cavité de drainage absolument propre. La réparation de la cavité de drainage se fait aussi avec une rapidité beaucoup plus grande, et cela est facile à concevoir en raison même de cette évacuation permanente des liquides qui garantit toute rétention contre toute formation de clapier dans le fond du bassin.



FIG. 2. — Moulage de la moitié droite de l'abdomen d'un enfant en décubitus latéral.

Enfin, l'opéré est immédiatement placé sans aucun inconvénient dans la position qu'il doit garder.

Le décubitus latéral n'est pas pénible pour le malade, mais il fallait au début une surveillance constante pour empêcher de glisser les coussins, les oreillers qui calent l'opéré dans cette position. Aussi ai-je fait construire par M. Guyot des dossiers mobiles, à deux plans, à lattes souples. Un plan horizonta d'appui, un plan vertical de soutien. Les lattes d'un plan se croisent avec celles du plan opposé, de façon que l'appui du côté ou du dos ne se fait que sur des surfaces élastiques et souples et ne cause par conséquent aucune fatigue.

Au cours de recherches que je faisais, en 1909, sur cette question du traitement des péritonites, j'ai constaté que déjà, en 1907, Dreesmann (1) avait conseillé de placer l'opéré en décubitus latéral

(1) Dreesmann. *Medizinische Klinik*, 1907, p. 1073.

droit. Il recommandait même cette position au cours de la maladie pour prévenir la formation des abcès pelviens.

Allen (1), en 1908, conseilla aussi de coucher les opérés sur le côté droit.

En résumé, pour les péritonites d'origine pelvienne annexielle, la position de Fowler après laparotomie médiane me semble assurer le meilleur drainage, surtout avec contre-ouverture vaginale.

Dans les péritonites d'origine appendiculaire, je crois préférable l'incision latérale droite unique, avec drainages multiples et décubitus latéral.

Les résultats obtenus par cette méthode me semblent bons. Je relève, par exemple, sur 10 cas opérés en ville que j'ai pu suivre moi-même, 7 guérisons et 3 morts; ces trois morts appartiennent à des cas vraiment désespérés de malades opérés *in extremis*, avec péritonite remontant, deux fois à quatre jours, et une fois à huit jours.

La précocité de l'intervention reste toujours la meilleure garantie du succès, quelle que soit la technique opératoire employée.

De plus, dans tous les cas, un élément capital de pronostic nous fait défaut : la connaissance de la nature et surtout de la virulence des agents pathogènes.

Mais il n'en reste pas moins vrai en pratique qu'une condition essentielle du traitement est un large drainage au point déclive, assurant d'une façon permanente l'asséchement complet de la cavité infectée.

A propos de la trépanation décompressive dans le traitement des tumeurs inopérables de l'encéphale.

(*Résumé de la discussion.*)

M. Auvray. — En résumant ce débat, je vous demande la permission de rester sur le terrain où je m'étais placé dans mon rapport, c'est-à-dire sur la question de l'*intervention palliative dans le traitement des tumeurs de l'encéphale*. La discussion en effet s'est égarée, et au lieu de traiter le point très spécial de la chirurgie des tumeurs cérébrales dont je m'étais occupé, on a envisagé un peu toute la chirurgie cranienne.

On a parlé de la meilleure manière d'ouvrir le crâne, de la valeur

(1) Allen. Discussion Association américaine de chirurgie, 1905.

de la décompression cérébrale appliquée au traitement d'affections cérébrales diverses, de la valeur diagnostique de la ponction lombaire ; on a parlé enfin du diagnostic de localisation en chirurgie cérébrale et de la faillite des localisations cérébrales. Ce sont là, certes, questions qui offrent un grand intérêt, et qui, chacune, pourrait être l'objet d'une discussion spéciale, mais que j'avais à dessein laissées de côté, puisque je me plaçais dans les conditions d'une tumeur cérébrale non localisée, ou localisée en un point inaccessible au chirurgien, inopérable, et que mon but, comme je l'ai écrit dès le début de mon rapport, était surtout de faire connaître les résultats que la méthode palliative est susceptible de fournir dans le traitement des tumeurs cérébrales inopérables. Mais puisque l'occasion s'en présente, je tiens à dire en passant que je souscris entièrement aux conclusions qui ont été adoptées ici par la plupart de mes collègues en ce qui concerne le meilleur mode de trépanation; je rejette absolument l'emploi du ciseau et du maillet préconisé par M. Guinard, parce qu'il a l'inconvénient d'ébranler fortement le crâne; il a été, en effet, démontré expérimentalement par Koch et Filehne, par Chipault, par Selmans, que le martèlement des os au voisinage de la substance nerveuse (cérébrale ou maxillaire) provoquait les manifestations cliniques de la commotion, et déterminait dans la substance nerveuse des hémorragies et des lésions histologiques qui paraissent relever de la nécrose des éléments nerveux. Le cas rapporté par M. Walther dans la dernière séance, qui concerne un malade opéré par lui, et chez lequel il a vu se produire, à chaque coup de maillet frappé sur le crâne, un arrêt de la respiration et du pouls, prouve combien sont grands les inconvénients de la méthode défendue encore par Guinard. Je donne la préférence actuellement pour ouvrir le crâne aux nouveaux trépans, mus par des moteurs électriques et autres ; l'instrument de de Martel m'a donné en particulier entière satisfaction ; mais, bien entendu, on aura soin, lorsque l'appareil est en marche, de ne jamais approcher de compresses susceptibles de s'enrouler autour des fraises et d'en arrêter le fonctionnement. Comme l'a si bien dit Lejars, cette nouvelle instrumentation a l'avantage énorme de permettre une ouverture du crâne rapide, simple et inoffensive, et elle diminue la gravité du pronostic opératoire dans les cas qui nous occupent ici ; elle constitue, à mon sens, sur la vieille instrumentation, un perfectionnement considérable.

Mais revenons à la question qui nous occupe : celle de l'*intervention palliative* dans le traitement des tumeurs cérébrales. Je m'étais attaché dans mon rapport à étudier d'abord la valeur comparée de la ponction lombaire et de la trépanation comme méthodes

décompressives et à poser les indications de l'une et de l'autre. Au cours de cette discussion, MM. Tuffier, Broca, Delbet, Segond, Sieur ont parlé de la ponction lombaire. Broca l'a rejetée; Delbet a rappelé les dangers auxquels elle exposait parfois les malades, et avec Tuffier il a insisté, comme je l'avais déjà fait dans mon rapport à propos d'une observation personnelle, sur l'inefficacité de la ponction lorsqu'il y a absence de communication entre les espaces méningés encéphaliques et rachidiens, l'hyperpression restant en pareil cas localisée au crâne. Sieur, s'appuyant sur les documents cités dans la thèse de Schneyder, nous a parlé des dangers de la ponction et de sa faible valeur thérapeutique. Il est évident que, dans cette enceinte comme ailleurs, la ponction lombaire appliquée au traitement palliatif des tumeurs encéphaliques n'est guère en faveur, et avec raison. Doit-on cependant la proscrire d'une façon absolue? Je n'ai pas cru devoir aboutir à cette conclusion dans mon rapport et je constate que tel n'est pas l'avis du Pr Segond. Il nous a dit ici : « Il ne faut pas se montrer trop sceptique vis-à-vis de la ponction lombaire. Nous connaissons plusieurs malades que Babinski a traités uniquement de cette façon et dont l'état a été grandement amélioré... La ponction lombaire sera d'abord employée suivant la technique de Babinski. Tant qu'elle suffira, on s'en contentera, puis on procédera, si nécessaire, à la trépanation décompressive. » Je continue donc à penser que la ponction lombaire n'est pas une méthode à rejeter systématiquement dans tous les cas, malgré les résultats précaires qu'elle a donnés, à la condition d'être faite avec prudence. Elle me paraît surtout indiquée lorsqu'on est appelé au début des accidents et pendant la période où, indécis sur la nature exacte du mal, on tente l'épreuve du traitement antisyphilitique.

A ce moment-là, il n'y a pas urgence absolue à trépaner, la ponction peut éclairer un diagnostic incertain et en même temps elle permet de tâter la sensibilité du malade vis-à-vis de la ponction. Si celle-ci procure un soulagement, si elle se montre inoffensive, on pourra renouveler les ponctions jusqu'au jour où elles resteront inefficaces.

Mais, bien entendu, si les ponctions étaient d'emblée inefficaces, si à la suite de la ponction on assistait à une aggravation des accidents, ce qui a été signalé, et si on se trouvait en présence d'un sujet arrivé à une période avancée de l'évolution de la maladie, pour lequel tout retard dans l'intervention pourrait être préjudiciable, c'est à la trépanation décompressive qu'il faudrait s'adresser sans retard.

Les *résultats* fournis par la *trépanation décompressive* ont été envisagés, dans la discussion actuelle, au double point de vue de la

gravité de l'opération en elle-même et des résultats éloignés qu'elle est susceptible de fournir.

Broca, Tuffier, Lucas-Championnière ont déclaré qu'il ne fallait pas exagérer l'exiguïté de la craniectomie décompressive et rappelé ces cas où le malade succombe brusquement sur la table d'opération au moment où on soulève le lambeau osseux, ou meurt dans les vingt-quatre à trente heures après l'opération, avec des accidents d'hyperthermie qui ne sont pas du tout en rapport avec des phénomènes d'infection.

Cette *gravité de l'acte opératoire* en lui-même, je ne l'ai pas niée, et l'on trouve dans mon rapport des statistiques édifiantes à ce sujet. Il faut bien toutefois reconnaître que la mortalité va baissant. Dans la statistique globale de Bergmann (1899), la mortalité opératoire est de 38 p. 100; dans la statistique globale de von Hippel (1908), elle est de 25 p. 100; dans la statistique personnelle de Cusling (1910), la mortalité s'abaisse à 12 p. 100, et dans celle de Segond et de Martel, citée ici il y a quelques jours, elle est également de 12 p. 100.

Les beaux résultats obtenus dans les statistiques récentes sont en grande partie dus aux perfectionnements de la technique opératoire; l'instrumentation nouvelle dont nous disposons diminue certainement dans une large part la gravité de l'opération.

En ce qui concerne les *résultats éloignés* de la trépanation décompressive, Guinard considère qu'ils sont peu encourageants quand il s'agit de tumeurs, mais Tuffier, Sieur, Lejars et surtout Delbet et Segond pensent que la valeur thérapeutique de cette opération est indiscutable et confirment les heureux résultats dont j'ai parlé dans mon rapport. Presque tous les opérés qui survivent à l'intervention sont grandement améliorés, nous dit Segond ; les douleurs sont supprimées, la névrite optique enrayée dans son évolution. Mais tout le monde s'accorde ici pour reconnaître que, le plus souvent ces améliorations ne sont que de courte durée. J'avais admis dans mon rapport, en m'appuyant sur la statistique de Trocmé, que la survie des opérés était en moyenne de sept mois et demi; or, vous confirmez cette manière de voir, puisque vous considérez que la plupart des opérés succombent dans l'année qui suit l'opération.

Cependant M. Segond cite des cas analogues à ceux dont j'ai parlé, dans lesquels la guérison date de dix-huit mois et même de deux ans. Je rappelle que, dans ces cas-là, il ne faut pas se hâter de conclure à une erreur de diagnostic ; s'il est vrai que la trépanation s'est adressée parfois à de pseudo-tumeurs cérébrales, il faut bien savoir que les longues survies ne sont pas incompatibles avec l'idée de tumeur : celle-ci a été trouvée à l'autopsie de sujets

chez lesquels ces survies avaient été observées. Sur huit cas de la statistique de Trocmé où la survie avait duré un an ou davantage, six fois l'autopsie fut positive (quatre fois l'opération remontait à deux ans ou deux ans et demi).

Reste la question de la *technique opératoire spéciale* applicable à la trépanation décompressive. Cette technique a été particulièrement envisagée dans la discussion actuelle et, sur ce sujet, l'accord ne me paraît pas établi entre nous sur tous les points. Le siège de la craniectomie importe en somme assez peu à M. Championnière, alors que nous préconisons volontiers l'ouverture cranienne sous-temporale conseillée par Cusling, et M. Segond, contrairement à ce que nous avons pensé Savariaud et moi (m'appuyant sur l'observation suivie avec Terrier), avance « qu'il n'a jamais vu une hypertension liée à l'existence d'une tumeur de l'étage inférieur du crâne, ne pas être très sensiblement modifiée par une trépanation de n'importe quel siège ». Segond ajoute : « Il est nécessaire de se rappeler que la décompression brusque de la région bulbo-cérébelleuse est trop souvent suivie de mort rapide, et que, dans les cas d'extrême hypertension, il est peut-être prudent de commencer par pratiquer une trépanation sous-temporale, afin d'obtenir une première sédation de troubles d'hypertension. Ce n'est qu'ensuite qu'on pratiquera la trépanation occipitale. » Il faut attendre de nouveaux faits la confirmation de cette opinion, qui mérite, en tout cas, de retenir toute notre attention.

En ce qui concerne la *résection de la paroi osseuse*, j'avais conclu dans mon rapport à l'avantage de créer une large brèche cranienne et de faire la résection définitive; M. Championnière a soutenu à nouveau la nécessité de ces très larges brèches craniennes et, d'accord avec Broca, Segond a préconisé la résection définitive de la paroi osseuse. Personne, au cours de la discussion, n'a émis une opinion sur le procédé de Cusling, auquel notre collègue Robineau avait eu recours chez son opéré, lequel consiste, pour assurer la décompression, à réséquer, avec une pince-gouge à la base du volet osseux soulevé et rabattu, une bande de tissu osseux plus ou moins large; après quoi le lambeau osseux ostéo-plastique, réséqué à sa base, est remis en place.

Mais la question la plus controversée parmi nous est celle de savoir si la craniectomie, faite dans un but purement décompressif, doit être ou non complétée par l'*ouverture de la dure-mère*. J'avais admis dans mon rapport que le mieux était d'adjoindre à la trépanation l'ouverture de la dure-mère et que l'incision durale pouvait être faite sans inconvénient le jour même de la trépanation. Cette manière de faire m'avait paru conforme à l'opinion

défendue par la plupart des chirurgiens. Or, sur cette question, l'accord n'est pas fait ici. M. Championnière « n'hésite pas » à ouvrir la dure-mère et à rechercher l'écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien ; il ne nie pas l'existence de ces cas dont a parlé Broca où, sous l'influence de la pression excentrique, on voit une énorme portion du cerveau faire brutalement hernie au dehors au moment de l'ouverture de la dure-mère, en se déchirant sur les bords de l'orifice osseux. Mais Championnière ne croit pas le fait très commun : « il a eu l'occasion d'ouvrir des crânes singulièrement remplis par d'énormes tumeurs sans observer le fait ». Tuffier et le professeur Delbet considèrent que l'ouverture du crâne sans incision de la dure-mère ne constitue qu'une décompression légère qui doit être souvent insuffisante et préconisent l'ouverture immédiate de la dure-mère. Mais Delbet conseille de le faire très progressivement et très lentement.

Au contraire, Broca, Guinard, Segond, Walther, Lejars conseillent de ne pas ouvrir la dure-mère, ou, en tout cas, de n'opérer qu'en deux temps. Pour le professeur Segond, « l'ouverture immédiate de la dure-mère est une manœuvre dangereuse, et par conséquent, la trépanation décompressive doit toujours être pratiquée en deux temps..... Si, au bout de quelque temps, les symptômes persistent ou s'accroissent, il sera toujours temps de pratiquer le deuxième temps de l'opération ».

Il est bien difficile de se prononcer en présence d'opinions aussi diamétralement opposées. L'avenir seul se chargera de nous montrer de quel côté est la vérité. Néanmoins, l'opinion de M. Segond me paraît être en l'espèce particulièrement intéressante à retenir, car elle est basée sur l'analyse d'une des plus importantes statistiques personnelles qui aient été publiées.

Quoi qu'il en soit de ces détails de technique opératoire, et quelle que puisse être la gravité de la trépanation décompressive, gravité qui s'est successivement atténuée dans les statistiques les plus récentes, le point important à mettre en relief à la fin de cette discussion, c'est la valeur thérapeutique indiscutable de cette trépanation. Sans doute, il s'agit là d'une intervention purement palliative, dont l'action bienfaisante ne se fait sentir que pendant quelques mois; mais, après tout, n'est-ce pas là le sort réservé à toutes les interventions palliatives? Je ne vois pas pourquoi, dans ces conditions, nous refuserions aux malheureux atteints de tumeurs cérébrales le bénéfice d'une opération qui leur permet d'achever leur existence dans des conditions acceptables.

Rapport.

Fistule pharyngo-cutanée congénitale,
par M. ALIVISATOS, professeur agrégé à Athènes.

Rapport de M. A. BROCA.

Un homme de vingt-cinq ans, bien constitué, vint consulter pour une fistule suppurant assez abondamment et s'ouvrant à 0,02 centimètres au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche; l'orifice était obstrué par un gros bourgeon charnu. Du lait injecté dans le trajet s'écoula dans la bouche, et on le vit sourdre derrière l'amygdale gauche, en éclairant cette région avec un miroir laryngoscopique; un stylet mousse long de 23 centimètres s'y enfonça, et sous la muqueuse du pharynx on en sentit du doigt l'extrémité. M. Alivisatos a, en outre, vu par la radiographie la position exacte du stylet.

La lésion n'a débuté qu'à dix-huit ans, à la suite d'une angine grippale : il y eut alors un petit abcès qu'on incisa au-dessus de la clavicule, mais qui se cicatrisa en deux mois; mais les accidents inflammatoires récidivèrent deux ans plus tard, et à partir de ce moment ce fut une série de cicatrisations et de récidives.

Le frère du malade, mort de fièvre typhoïde, portait probablement une fistule semblable.

Un essai infructueux d'électrolyse fut fait d'abord, parce que le malade refusa l'opération proposée : il eut cependant pour résultat de tarir la suppuration. Au bout d'un mois enfin, le 10 mai 1910, M. Alivisatos procéda à la dissection lente du trajet, repéré par introduction d'une sonde.

D'après la description que nous donne l'auteur, les rapports du trajet fistuleux étaient classiques : en haut, il s'engageait derrière le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien pour s'enfoncer dans l'espace maxillo-pharyngien, et pour faciliter la dissection à ce niveau, le ventre postérieur du digastrique fut sectionné. Mais une fois dans cet espace maxillo-pharyngien, craignant les vaisseaux et nerfs si importants qui y sont contenus, M. Alivisatos renonça au bistouri et décolla avec le doigt « à l'aveugle » le trajet fistuleux sur lequel de l'autre main il tirait. Cette traction eut pour résultat la rupture de la fistule, et à ce moment un peu de sang s'écoula par la bouche. Quoique averti ainsi de la communication de la plaie opératoire avec le pharynx, l'opérateur ne chercha pas à poser une ligature ou une suture sur

cet orifice pharyngien; il réunit avec drainage et obtint la réunion immédiate. Depuis trois mois, la guérison se maintient.

Cette observation est intéressante à analyser devant vous parce que les faits de ce genre restent assez rares. La suppuration donnait ici une indication opératoire formelle et il convient de féliciter M. Alivisatos de son succès. Sur le procédé opératoire cependant je me permettrai quelques réflexions.

Je vous rappellerai, en effet, qu'il y a quelques années je vous ai communiqué un procédé que je crois intéressant et qui ne me paraît pas être vulgarisé comme il le mérite : personne même ne l'a jugé digne d'être démarqué. En circonscrivant par une incision circulaire l'orifice sus-sternal, on peut, la plupart du temps, disséquer en tunnel, jusqu'aux environs de la corne hyoïdienne, la fistule, sur laquelle on tire. A partir de là, on est dans une région dangereuse, et pour continuer la dissection dans le triangle maxillo-pharyngien on fait une courte incision entre le sterno-cléido-mastoïdien et l'angle de la mâchoire; par cette incision on fait sortir le trajet déjà disséqué, et en exerçant sur lui des tractions ménagées on le libère peu à peu jusqu'auprès du pharynx. A ce niveau on met, si l'on peut, une ligature; mais le cas de M. Alivisatos prouve une fois de plus que l'on peut s'en passer. De la sorte, on évite la cicatrice, qui, par le procédé classique, va de l'angle de la mâchoire au sternum : je vous ai montré un enfant chez lequel on ne voyait après guérison que deux petites lignes blanches de 15 à 20 millimètres, une en haut et une en bas. Pour disséquer dans le triangle maxillo-pharyngien, je diffère d'avis avec M. Alivisatos en ce que je préfère les ciseaux courbes à la libération aveugle avec le doigt.

Quand le trajet suppure, la paroi peut être friable ; à la fin, elle s'est rompue chez le malade de M. Alivisatos; et dans un cas que M. Monod a bien voulu me faire opérer il y a quelques années, pareille rupture m'empêcha d'appliquer le procédé sous-cutané que je viens de vous décrire : elle eut lieu tout de suite, et je dus disséquer à air libre la fistule retrouvée sans difficulté en haut du tunnel amorcé. Mais il est évident que le malade n'a rien perdu à cet essai, lequel, à mon sens, doit toujours être tenté.

L'examen histologique de la fistule a été fait par M. G. Cosmetatos. Il a fait voir en haut un épithélium cylindrique non cilié, reposant sur une couche adénoïde de follicules clos; en bas, un épithélium pavimenteux sous lequel le tissu conjonctif n'est pas adénoïde. C'est une confirmation de ce que nous ont appris tous les examens modernes de ces fistules.

L'opération a été faite après rachicocaïnisation par la méthode de Jonnesco. M. Alivisatos s'en loue parce que le malade pouvait

tourner la tête au commandement pendant la dissection. D'après ce que j'ai, à plusieurs reprises, observé par moi-même, on peut fort bien se passer de ces mouvements volontaires et je continue à me ranger parmi les chirurgiens qui n'aiment pas la rachicocaïnisation en vertu du principe : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît ».

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Alivisatos, et de déposer son travail dans nos Archives.

Communication.

Du traitement des fractures obliques de jambe par l'appareil de Lambret modifié (1),

par MM. E. QUÉNU et P. MATHIEU.

« Les fractures obliques de jambe sont des plus difficiles à traiter, ce sont celles que guette au premier chef la chirurgie sanglante » ; telles sont les conclusions auxquelles aboutissait Nélaton dans un rapport qu'il lut devant notre Société, en 1905, à propos d'un nouvel appareil à extension continue de M. Ombrédanne.

Comme Nélaton, nous estimons insuffisants les résultats obtenus par les appareils plâtrés; comme à lui, l'appareil de Hennequin nous paraît d'une application difficile. Nous ne croyons pas que le perfectionnement d'Ombrédanne ait donné la solution du problème, pas plus que la réduction en deux temps de Félizet.

La difficulté porte toujours sur la prise de points d'appui solides et, si on veut appliquer à la jambe le principe de propulsion excentrique que Heitz-Boyer a si heureusement utilisé pour le traitement des fractures de l'humérus, on se heurte à la nécessité d'emprisonner le pied dans un brodequin plâtré, et on s'expose ainsi aux escarres.

La méthode de traitement par les tractions multiples de Bardenheuer est, d'après ses propres partisans, d'une application délicate, exigeant une surveillance étroite et le contrôle incessant de la radiographie (2).

Faut-il donc, dans les cas difficiles, recourir d'em ée à la réduction à ciel ouvert ?

(1) L'appareil a été construit chez M. Collin.
(2) Willems. *Société de Chirurgie*, 13 janvier 1909.

Permettez-nous de vous rappeler les oscillations par lesquelles est passée, depuis quinze ans, l'opinion de la Société de Chirurgie sur ce sujet :

Dans un rapport qu'il fit, en 1894, sur un mémoire de Roux de Brignolles, Nélaton nous disait : « Ayant fait le service du Bureau central et ayant passé par l'hospice d'Ivry, j'ai vu *bon nombre* de fractures de jambe vicieusement consolidées. On a coutume, ajoutait-il, d'incriminer, en pareil cas, l'adresse ou la sollicitude du chirugien qui a dirigé le traitement. Je pense que c'est une erreur. » Et notre collègue cite deux cas de fractures obliques du tiers inférieur qu'il lui a été impossible de corriger complètement, bien qu'il ait refait l'appareil à trois reprises différentes.

La conclusion, c'est qu'après huit jours passés à donner au membre une bonne direction, il faut découvrir le foyer si le résultat primitif n'est pas pleinement satisfaisant.

A ce propos, Routier vient avouer qu'il a le souvenir de nombreux cas « où, pour des fractures du quart inférieur de la jambe, malgré tous les soins qu'il a pu donner à ses malades, le résultat laissait à désirer ».

Routier conclut à l'opération, non plus seulement pour les fractures irréductibles, mais encore pour celles difficiles à maintenir.

Relevons encore l'opinion exprimée par Monod, que l'interposition est moins souvent qn'on ne l'a dit la cause de l'irréductibilité, et que celle-ci tient surtout à la contraction des puissants muscles de la jambe qu'on peut annihiler par le chloroforme.

C'est deux ans après, en 1896, que M. Hennequin vient présenter son appareil à extension continue pour fractures de jambe; alors l'opération à ciel ouvert bat en retraite :

« Nous possédons dans l'extension continue, dit Kirmisson, un moyen puissant qui nous permettra, même dans les cas difficiles, d'obtenir une consolidation régulière exempte de raccourcissement. »

Nélaton renie les conclusions de son rapport précédent : « Depuis deux ans, date de mon rapport, dit-il, j'ai changé d'opinion ; l'appareil de Hennequin a cet avantage d'éviter l'intervention sanglante. »

Berger n'a pas encore l'expérience de l'appareil de Hennequin; il l'accueille avec une bienveillante espérance, avouant que même avec des réductions sous le chloroforme il a observé des raccourcissements de 5 centimètres.

En 1901, Tuffier nous fait une communication sur la réduction des fractures en général. L'année précédente a paru sous son

inspiration la thèse de son élève Dujarier, sur le traitement sanglant des fractures de jambe récentes.

Dans sa communication, s'il insiste sur l'importance de la coaptation exacte des fragments et sur l'innocuité de l'ouverture d'un foyer de fracture fermée, Tuffier ne nous dit pas dans quelles limites il est interventionniste.

De 1901 à 1909, nous n'avons guère à signaler que la présentation de l'appareil à extension continue d'Ombrédanne et la publication d'opérations sur les fractures de jambe mal consolidées, ce qui n'est pas sans intérêt.

Enfin, en 1909, M. Willems est venu nous lire un travail dans lequel il se déclare partisan convaincu du traitement non sanglant des fractures ; il n'accepte que pour les cas exceptionnels de faire la réduction à ciel ouvert afin de dégager les fragments et de les coapter. Il ajoute que, après la réduction à ciel ouvert, la contention avec l'appareil plâtré est préférable aux sutures.

Les conclusions du chirurgien de Gand ont été adoptées par Walther, L. Championnière, Demoulin, Nélaton, etc. Broca et Chaput n'opèrent qu'exceptionnellement les fractures irréductibles, seule l'opinion de Thiery est divergente.

Il semble bien de cette revue rapide se dégager l'idée d'un éloignement général pour l'intervention sanglante et d'un retour aux méthodes de traitement par les appareils, sauf pour les cas exceptionnels.

Il paraîtrait résulter de là que, exceptionnellement, les moyens actuels de traitement des fractures de jambe donnent des résultats médiocres ou mauvais. Cependant la vulgarisation des examens radiographiques oblige bien de temps en temps à reconnaître qu'une réduction est insuffisante et que l'extension a eu peu de prise sur le chevauchement. Les partisans de la mise à nu, A. Lane, Lambotte, etc., n'ont pas manqué de mettre ces faits en lumière. D'autre part, les lois sur les accidents du travail ont incité à des exigences plus grandes au point de vue de la perfection du résultat à obtenir.

Frappé par la difficulté d'appliquer l'extension sur le pied malgré toutes les inventions de brodequins possibles, un chirurgien de Bologne, Codivilla, eut l'idée de recourir à un clou enfoncé dans l'os, et c'est cette idée qu'a vulgarisée Steinmann de Bâle, si bien que, à tort, on donne souvent à cette méthode le nom de méthode de Steinmann.

L'extension continue exercée à l'aide du clou est très puissante ; est-elle suffisante à corriger le chevauchement et à dégager les fragments ? Une présentation récente de notre collègue Walther va nous permettre de répondre : « Il persiste malgré l'application

d'une traction de 7 kilogrammes un chevauchement léger du péroné, un déplacement peu accentué du fragment inférieur du tibia qui est resté un peu basculé en arrière ».

L'idée de Codivilla de prendre un point d'appui sur l'os directement et non plus à travers les parties molles est assurément une idée géniale; elle nous paraît avoir été l'inspiratrice de l'appareil qui fait le fond de notre communication, de l'appareil de M. Lambret (1).

La présentation de l'appareil de Lambret à la Société de Chirurgie, le 20 juillet 1910, ne semble pas avoir soulevé un grand enthousiasme, même chez son rapporteur M. Broca; il a pourtant cet avantage en prenant un point d'appui sur les os au-dessus et au-dessous du trait de fracture, de permettre d'une façon certaine l'éloignement des fragments et leur réduction absolue, et cela sans ouvrir le foyer de la fracture. A ce point de vue l'appareil de Lambret donne une sorte de solution intermédiaire entre le traitement par les appareils et le traitement sanglant; il a bien l'inconvénient de perforer les os, mais cet inconvénient est réellement minime, et la cicatrisation des trous s'opère rapidement dès qu'on a enlevé les tiges perforantes.

Nous disons que sa puissance de réduction est absolue; nous avons pu nous en assurer chez deux malades atteints de fractures obliques de jambe et dont nous avons présenté l'un à la Société de Chirurgie, il y a quelques semaines. Mais voici une preuve sans réplique. M. Lambret vient de nous adresser une note relative à une fracture de jambe compliquée, infectée, chez un sujet atteint de délirium tremens; pour ces diverses raisons la réduction de la fracture avait été négligée et M. Lambret n'appliqua son appareil que le vingt-huitième jour. Cette radiographie montre un chevauchement du tibia et du péroné de plus de 5 centimètres; or, malgré le temps écoulé, la réduction fut parfaite, et cette autre radiographie montre une coaptation presque idéale. Le résultat fut d'ailleurs obtenu progressivement en l'espace de huit jours.

Nous ne revenons pas sur la première observation personnelle que nous avons présentée avec le malade et les radiographies il y a quelques semaines. Voici la seconde observation :

Mme R..., âgée de soixante ans, femme de ménage, entre le 3 février 1911, salle Lorain, pour une fracture de la jambe gauche.

Le jour précédent, à sept heures du soir, en descendant un petit escalier de deux marches, elle a glissé, est tombée sur le côté gauche,

(1) Appareil pour la réduction et la contention des fractures, par Lambret, Rapport de Broca. *Bull. Soc. Chir.*, 20 juillet 1911.

la jambe gauche sous elle. En même temps qu'elle se blessait au front, elle a ressenti une douleur vive au niveau de la jambe gauche. Il lui fut impossible de se relever seule. On la conduisit à l'hôpital.

La blessée présente tous les signes d'une fracture oblique de jambe et de la malléole péronière. A son arrivée à l'hôpital, on met sa jambe dans une gouttière ouatée.

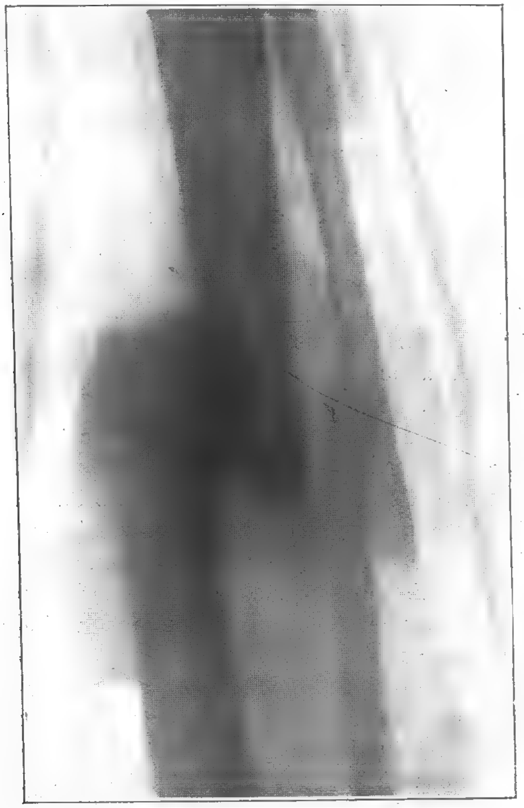


Fig. 1.

Le lendemain, 4 février, M. Quénu décide de lui appliquer l'appareil de Lambret.

Anesthésie au chloroforme. Après nettoyage aseptique du membre fracturé, une tige perforante est passée à travers l'extrémité supérieure du tibia, au niveau de la tubérosité antérieure. Une deuxième tige perforante est fixée dans l'extrémité inférieure du tibia, au-dessus de la région malléollaire. Les attelles latérales sont mises en place. Après manœuvre de la crémaillère pour corriger le déplacement, l'une des attelles se luxe en dehors brusquement. Les tiges perforantes sont fortement courbées par la pression excentrique exercée par les attelles.

Des fils d'argent sont enroulés autour de la fourche des attelles, pour maintenir ces dernières en place. Un arceau métallique qui avait déjà été utilisé pour un appareil analogue fut interposé entre les deux attelles latérales pour les solidariser plus solidement encore.

Un des crochets d'arrêt d'une crémaillère se déclancha subitement. On dut le fixer aussi avec des fils d'argent.



Fig. 2.

L'appareil étant définitivement posé, le déplacement parut assez bien corrigé.

Mais il subsistait un équinisme prononcé du pied, que nous attri buâmes immédiatement au fait d'avoir mis la tige perforante inférieure dans l'extrémité inférieure du tibia, au lieu de l'avoir fait passe dans la partie postérieure du calcanéum. La contraction du triceps sural était, en effet, dans des conditions excellentes pour produire le déplacement angulaire des fragments.

L'immobilisation des diverses pièces de l'appareil à l'aide de fil arg ent rendait impossible toute correction ultérieure.

Suites. — Le 5 *février*. La malade n'éprouve qu'un endolorissement de la jambe.

Le 6 *février*. — La malade ne souffre plus, peut plier son genou, si on l'aide en soulevant la jambe, elle peut même soulever le pied. Il est imprimé des mouvements passifs de flexion au pied pour corriger l'équinisme. Ces manœuvres seront répétées journellement pendant quelques minutes.

Jours suivants. — Rien à signaler, aucune douleur.

25 *février*. — L'appareil de Lambret est enlevé, sans que la malade éprouve aucune douleur pendant l'ablation des tiges perforantes. Les petites plaies d'introduction de ces tiges sont touchées à la teinture d'iode et pansées.

On met un appareil plâtré remontant sur la jambe jusqu'au-dessous du genou, laissé libre.

17 *mars*. — La malade fait elle-même des mouvements de flexion du genou.

20 *mars*. — Ablation du plâtre; la consolidation étant insuffisante, on remet le plâtre en place.

30 *mars*. — Ablation définitive du plâtre. Le massage commence.

Cette seconde observation, comme notre première, nous a permis de vérifier un fait qu'il était impossible de prévoir : c'est que l'appareil étant appliqué, le blessé ne souffre plus, on peut déplacer la jambe fracturée sans qu'il se plaigne et lui-même peut la déplacer et la soulever du plan du lit. L'effort exercé par les tiges contre le tissu osseux qu'elles perforent n'engendre donc aucune sensibilité et l'immobilisation des fragments est tellement parfaite que la mobilisation du membre devient indolente.

Mais dans l'application de l'appareil nous avions été frappés par un certain nombre d'inconvénients tenant à des défectuosités remédiables, et, du reste, Broca n'avait-il pas dit que M. Lambret nous présentait un appareil « encore un peu grossier d'aspect, qu'il compte perfectionner et alléger », et encore que M. Lambret voulait seulement en établir le principe et nous le soumettre? Or, c'est parce que le principe nous paraissait excellent que M. Mathieu et moi, avec l'aide de M. Collin, avons résolu de mettre l'appareil au point. Nous nous sommes basés sur nos deux faits cliniques et aussi sur l'expérimentation cadavérique : réalisant la production de fractures obliques, nous avons figuré la rétraction musculaire par des tubes en caoutchouc attachés au plateau tibial et au calcanéum.

Chez notre premier malade nous avions introduit la tige inférieure dans le calcanéum; chez notre seconde, les attelles étant de longueur insuffisante, nous dûmes placer la broche inférieure dans le fragment inférieur du tibia; or, nous eûmes constamment

à lutter contre la tendance du pied à se mettre dans l'extension, et malgré tout, si le changement a été bien corrigé, il a persisté un peu de déviation angulaire.

Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance de prendre le point d'appui sur le calcanéum, en arrière du prolongement des os de la jambe,

De la sorte, on lutte le plus efficacement contre l'action prédominante du triceps sural et on s'oppose au mouvement de bascule qui mène à la déviation angulaire; j'ajoute qu'un autre avantage est de ne pas entrer en communication avec le foyer de fracture.

Nos expériences cadavériques faites à l'amphithéâtre des hôpitaux nous ont encore montré que, grâce à la possibilité du gauchissement du cadre, même quand les deux broches ont été plantées obliquement l'une par rapport à l'autre, on peut obtenir la correction de la rotation du pied.

Correction du chevauchement par la crémaillère, correction de la déviation angulaire par l'application de la force en arrière de l'axe du tibia, correction de la rotation par le gauchissement du cadre : voilà ce qu'on peut actuellement obtenir.

Il est juste d'ajouter que lorsque la traction excentrique s'est exercée sur les fragments, au point même de les éloigner l'un de l'autre, il n'est besoin que d'une faible pression sur l'extrémité du levier osseux pour corriger une déviation angulaire quelconque; la situation à ce point de vue n'est nullement comparable à celle d'un membre dont la déviation suivant la longueur persiste, et sur les fragments duquel la pression doit être forte pour être efficace. Si le contrôle radiographique, en effet, nous montre la persistance d'une légère déviation angulaire, il sera facile d'y apporter une correction à l'aide de cette petite pièce composée d'un arc métallique prenant son point d'appui sur les attelles, et dont l'idée nous a été suggérée par les appuis-tête des photographes, ceci pour les inflexions latérales; pour une déviation antéropostérieure, nous avons fait construire cette petite potence qui se visse sur les attelles, et qui permet d'agir de la même façon d'avant en arrière. Ce ne sont là du reste que des perfectionnements de détail. Ceux qu'il nous reste à décrire nous paraissent présenter une grande importance.

Rappelons que l'appareil de Lambret se compose des pièces suivantes : 1° de deux tiges perforantes horizontales et de deux attelles verticales munies de fourches qui vont appuyer sur les tiges horizontales, attelles formées de deux parties mobiles l'une sur l'autre grâce à une crémaillère, de manière à écarter l'une de l'autre la fourche supérieure et la fourche inférieure. Voici cet appareil. Or, quand nous l'avons appliqué, nous avons constaté

d'abord que les tiges perforantes étaient trop faibles et pliaient sous la poussée des attelles ; de plus, l'appareil de réduction tendait à faire glisser les fourches obliquement en dehors jusqu'à les laisser complètement hors des attelles.

Ce grave défaut nous obligea, non seulement à replacer les attelles à plusieurs reprises pendant l'installation de l'appareil, mais à fixer les fourches sur les tiges, ce qui nous priva de la possibilité d'une correction ultérieure.

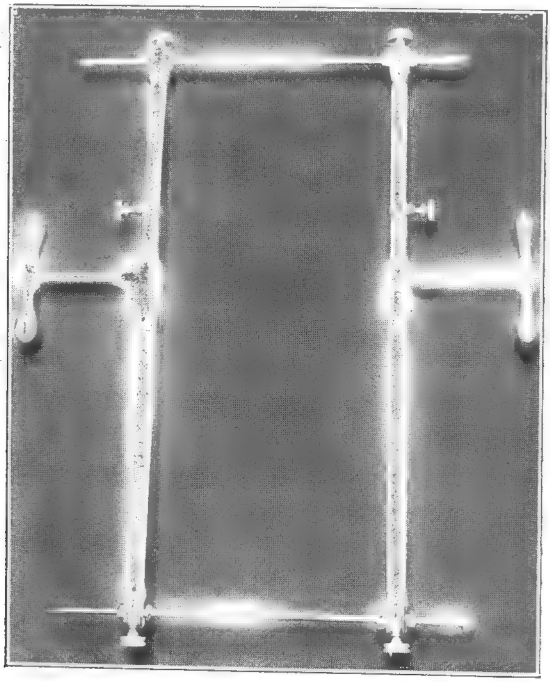


FIG 3.

Il importait donc que la fourche appliquée sur la broche horizontale fût calée de chaque côté par un butoir ; d'un côté, nous avons fait renfler la tige pour que la fourche y fût, pour ainsi dire, encastrée ; de l'autre, nous avons établi deux curseurs mobiles le long d'un pas de vis; ces deux curseurs enserrent la fourche interne, alors que les deux renflements externes enserraient la fourche externe.

En second lieu, nous avons augmenté la résistance des broches en portant leur diamètre à 5 millimètres ; en troisième lieu, enfin, nous avons doté nos tiges perforantes d'une mèche analogue

à celle des vis de Lambotte avec protège-pointe pour être vissée après la pose de l'appareil. Voilà pour les tiges perforantes ou broches.

Les modifications que nous avons apportées à la construction des attelles ne nous paraissent pas de moindre importance.

D'abord frappés par les avantages de la perforation calcanéenne, nous devions faire construire des attelles plus longues permettant d'obtenir 40 centimètres à l'état d'allongement maximum. Ensuite, il y avait avantage à augmenter la solidité des attelles en portant leur diamètre à 12 millimètres.

Un point plus important a fixé notre attention. Dans l'appareil de Lambret, la crémaillère est fixée par une sorte de crochet mobile qui oscille en haut ou en bas indifféremment, et qui n'est fixé sur les dents de la crémaillère que par l'effort même de la traction. Il nous est arrivé, au cours de l'application clinique, de voir le crochet se dégager des crans, et tout était à refaire. Nous avons remplacé ce fixateur incertain par un cliquet à ressort, analogue à celui des écraseurs de Chassaignac et, par surcroît de précaution, nous l'avons muni d'une vis de blocage. Telles sont les modifications apportées aux tiges et aux attelles. Restait le mode d'articulation de ces deux parties essentielles.

Rappelons que, dans l'appareil de Lambret, la partie d'attelle qui supporte les fourches est susceptible de subir un mouvement de rotation. Ce mouvement est nécessaire pour l'application, car il permet de corriger les rotations anormales, et il permet aussi l'ajustage des fourches sur les tiges qui ne sont pas toujours placées suivant un parallélisme parfait. D'autre part, il était important, une fois la correction obtenue à l'aide du gauchissement du cadre, d'en obtenir la fixation complète et absolue. Nous y sommes arrivés grâce à un très ingénieux dispositif imaginé par M. Collin.

Enfin, les fourches fermées dans l'appareil de Lambret par une tigelle munie d'une chaîne encombrante le sont dans notre modification par la vis qui sert à immobiliser le cadre. Restait un dernier point : c'était de vérifier la correction. Si les tiges perforantes étaient exactement horizontales et surtout parallèles entre elles, il suffirait de constater par la mensuration que la même distance sépare leurs extrémités externes et internes. Fatalement, ce parallélisme désirable est imparfaitement obtenu et alors la crémaillère doit être plus allongée d'un côté que de l'autre. Pour savoir de combien, nous avons fait établir une graduation de la crémaillère ; un curseur muni d'un levier qui se rabat sur l'attelle opposée mesure rapidement la différence de longueur des attelles et indique la correction à faire.

Nous avons plus haut signalé le moyen de remédier aux inflexions latérales ou antéro-postérieures.

Grâce à l'appareil de Lambret ainsi mis au point, on peut s'approcher d'une correction pour ainsi dire idéale; il va sans dire que cette correction doit être soumise au contrôle radiographique; mais il n'est peut-être pas absolument nécessaire de l'effectuer sous ce contrôle, ce qui simplifie les choses dans beaucoup de cas.

Tels sont les perfectionnements que nous avons apportés, grâce à l'obligeance et à l'ingéniosité de M. Collin, à l'appareil de Lambret.

Comment se fait l'application?

Il faut (1) d'abord introduire les deux broches; on y arrive aisément en adaptant sur elles un vilebrequin ; une incision d'un demi-centimètre suffit.

La tige supérieure doit être introduite horizontalement et transversalement dans le tibia de dehors en dedans, immédiatement au-devant de la tête du péroné, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

La broche inférieure sera enfoncée dans le calcanéum, à un bon centimètre et demi de la pointe malléolaire, sur la ligne qui joint cette pointe au sommet du talon. L'expérience cadavérique nous a montré que c'était la technique la plus à même de corriger l'action du triceps sural. Les deux curseurs sont vissés du côté interne.

Les fourches sont alors ajustées et, de chaque côté, le chirurgien et un aide agissent simultanément sur la crémaillère à l'aide d'une clef.

La correction obtenue dans le sens de la longueur, on s'occupe de la correction dans le sens de la direction à l'aide des petits appuis métalliques.

L'idéal alors est de disposer d'un écran radioscopique et de vérifier la coaptation des fragments; rien n'est plus simple à l'aide des pignons d'une part, des pressions latérales ou antéro-postérieures d'autre part, d'obtenir une réduction tout à fait exacte. Nous n'avons pas obtenu cette perfection dans notre deuxième cas, parce que nous avions été obligés de fixer la crémaillère à l'aide de fils d'argent et que l'appareil était défectueux.

Combien de temps faut-il laisser les broches? Nous les avons laissées trente jours dans notre premier cas, et seulement vingt dans le second. C'est à une pratique plus étendue de nous rensei-

(1) Sous le chloroforme ou au besoin à l'aide d'une anesthésie locale.

gner sur ce point. En tout cas l'enlèvement des tiges se fait avec facilité, par une simple traction manuelle.

Le pansement pendant l'application de l'appareil se réduisait à un peu d'ouate entortillée autour des tiges; la cicatrisation des trous se fait simplement et rapidement.

La cicatrisation de l'os, la formation du cal, ne peut être mal influencée par la perforation du tibia; elle a été très rapide chez notre premier malade âgé de cinquante-cinq ans, un peu moins chez notre seconde âgée de soixante ans. Je rappelle seulement à ce sujet le procédé de Dieffenbach contre les pseudo-arthroses. Dieffenbach enfonçait de petites tiges d'ivoire dans l'os au voisinage du foyer non consolidé.

Pour conclure, nous estimons que M. Lambret a inauguré une méthode véritablement nouvelle pour le traitement des fractures de jambes obliques ou à grand déplacement : puissance de réduction considérable, applicable même aux fractures datant de plusieurs semaines, tolérance remarquable de la contention, tels sont les principaux avantages de cette méthode.

Nous avons été tellement frappés par la facilité avec laquelle on agit sur les fragments, que nous serions tentés d'utiliser l'appareil de Lambret dans les cas où, pour une raison quelconque, il y aurait une indication spéciale d'ouvrir le foyer de fracture.

C'est parce que nous avons été séduits par le principe de l'appareil de Lambret, que nous nous sommes efforcés de le perfectionner et de le rendre plus facilement applicable. Est-il besoin de dire que nous le réservons aux fractures de jambes difficilement réductibles, aux fractures obliques ou à grand déplacement?

Dans ces conditions spéciales, nous estimons que l'appareil de Lambret est appelé à modifier le pronostic jusqu'ici assez mauvais des fractures obliques de jambe.

Présentations de malades.

Corps étranger de la bronche droite avec curieuse symptomatologie.

M. Pierre Sebileau. — Le petit malade que je vous présente porte depuis quatre jours un corps étranger de la bronche gauche.

Ce corps étranger est un petit sifflet. La radioscopie nous en a montré l'orientation dans le thorax.

Sa présence ne s'accompagne d'aucun symptôme. On ne constate pas de dyspnée (sauf peut-être un peu de dyspnée d'effort) ; pas

de toux, pas de réaction fébrile. A l'auscultation, le murmure vésiculaire n'est pas modifié. A la hauteur de la bifurcation bronchique, il existe en arrière un peu de respiration soufflante à gauche, mais à peine la différence est-elle sensible.

Au total, il n'y a qu'un signe clinique appréciable, et ce signe est curieux : chaque fois que l'enfant expire un peu fortement, l'anche du sifflet vibre et il se produit, au sein du thorax, un véritable bruit musical (bruit de trompette d'enfant).

Les médecins et les élèves qui suivent mon service ont été vivement intéressés ce matin par cette curieuse manifestation clinique dont on a déjà publié, je crois, au moins un exemple.

Demain nous ferons l'extraction par la méthode bronchoscopique.

La rhinotomie latérale pour ablation de tumeur maligne des fosses nasales.

M. PIERRE SEBILEAU. — Je vous présente un malade à qui j'ai enlevé récemment (il y a quinze jours) une tumeur maligne des fosses nasales par la rhinotomie latérale. Il présente un minimum de défiguration. Je profite de cette occasion pour redire ici encore une fois : 1° que cette rhinotomie latérale, infiniment simple, est très supérieure à toutes les résections temporaires et à tous les déplacements de la pyramide nasale : 2° qu'on peut, par la brèche qu'elle permet de créer, se donner autant de jour que de besoin, enlever n'importe quelle tumeur de la fosse nasale et pratiquer toutes les ouvertures et résections ethmoïdales; 3° qu'en allongeant l'incision de cette rhinotomie et en la faisant tomber jusque sur la lèvre supérieure, on peut pratiquer la résection atypique de la mâchoire plus ou moins étendue.

Encore une fois aussi je tiens à redire que la résection type, classique, de la mâchoire supérieure est une opération cliniquement mauvaise, ordinairement d'ailleurs impraticable. Elle enlève trop ou trop peu.

Elle mutile inutilement ou extirpe parcimonieusement.

Les néoplasmes de l'infrastructure (voûte palatine et processus alvéolaire) de la mâchoire supérieure sont justiciables de la résection atypique par la voie buccale.

Les néoplasmes de la superstructure de la mâchoire supérieure (fosses nasales et région ethmoïdale) sont justiciables de la résection atypique par rhinotomie latérale.

Les néoplasmes de la totalité de la mâchoire supérieure (sinus

maxillaire) sont justiciables de la résection atypique par rhinotomie latérale tombant jusque sur la lèvre supérieure, avec relèvement de la joue.

Luxation dorsale du grand os, avec énucléation partielle du semi-lunaire, et fracture du scaphoïde. Réduction le 4e jour. Résultat.

M. Rouvillois. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade dont la lésion est banale, mais dont le traitement est toujours d'actualité, car il est encore aujourd'hui un sujet de discussion.

Voici en résumé son observation :

F..., jeune soldat, fait le 30 janvier dernier, dans la soirée, une chute sur la paume de la main gauche, en descendant un escalier. La douleur qu'il ressent est peu vive, mais l'impotence fonctionnelle de la main est immédiate et à peu près complète. Le lendemain, il est envoyé au Val-de-Grâce, où il entre dans le service de M. Jacob, qui porte le diagnostic de luxation dorsale du grand os avec énucléation du semi-lunaire et fracture du scaphoïde. Une tentative rapide de réduction, sans anesthésie, étant demeurée sans résultat, M. Jacob veut bien me confier ce malade.

Le poignet traumatisé se présente avec l'aspect suivant :

La région carpienne est globuleuse; sa peau est plissée; le dos de la main est œdématié. Les doigts sont en demi-flexion. Les axes de l'avant bras, du poignet et de la main sont normaux. Pas de dos de fourchette. Pas de déformation en baïonnette.

La palpation ne révèle aucune lésion radiale ou cubitale. Seule, l'apophyse styloïde du radius est légèrement douloureuse.

La tabatière anatomique est partiellement comblée et la pression à son niveau réveille une douleur très vive ainsi que dans toute la moitié externe de l'interligne médio-carpien.

Sur la face dorsale du poignet, on perçoit au travers des téguments œdématiés une sorte de dépression répondant à la loge du semi-lunaire.

Inversement, sur la face palmaire, on perçoit en un point correspondant, une saillie osseuse dont la palpation est douloureuse.

La hauteur du poignet sur le bord externe (1) qui, du côté sain, est de 25 millimètres, n'est que de 15 millimètres du côté malade.

Les mouvements du poignet sont très limités, et particulièrement ceux d'extension et d'abduction. Il existe des fourmillements dans l'index et le médius. L'anesthésie de ces deux doigts est complète à la face palmaire ainsi que sur la face dorsale de leurs 2e et 3e phalanges. Hypoesthésie de la face palmaire du pouce.

(1) Mesurée de la pointe de l'apophyse styloïde du radius à la base du 1er métacarpien.

Le diagnostic clinique et anatomique est mis nettement en évidence par la radiographie que je vous fais passer.

Le traumatisme étant récent, je décide de pratiquer la réduction, que je réalise séance tenante avec l'aide de M. le médecin aide-major Maisonnet.

Le malade étant *anesthésié jusqu'à résolution musculaire complète*, et l'avant-bras étant immobilisé par un aide, j'exerce sur la main, solidement empaumée, une traction progressive dans l'axe de l'avant-bras, en ajoutant quelques petits mouvements d'assouplissement. Lorsque le poignet est bien déraidi et allongé au maximum, je place la main en supination, et réalise une hyperextension dorsale progressive en saisissant la main du blessé avec les deux miennes, dont les pouces sont à la face palmaire et les quatre derniers doigts sur la face dorsale. Lorsque, au bout de quelques instants, j'ai l'impression que la loge du semi-lunaire est ouverte au maximum, j'exerce sur cet os une pression avec mes deux pouces en ramenant brusquement la main, de l'hyperextension à la flexion forcée.



J'ai la sensation très nette d'un ressaut, d'ailleurs accompagné d'un véritable claquement qui est nettement perçu par les aides.

Le poignet reprend immédiatement sa forme normale et récupère tous ses mouvements.

La radiographie que je vous fais passer montre que non seulement la réduction de la luxation est complète, mais que les deux fragments scaphoïdiens primitivement écartés sont au contact.

Une attelle plâtrée antérieure est mise en place et enlevée au bout de quarante-huit heures.

Dès le quatrième jour, le 6 février, on institue la balnéation chaude. les bains de lumière, les courants continus faibles et les massages légers.

Le malade réalise lui-même les mouvements de flexion et d'extension du poignet qui sont déjà très étendus, mais encore un peu douloureux.

L'anesthésie de l'index et du médius ainsi que l'hypoesthésie du pouce n'ont pas varié.

Depuis cette date jusqu'aujourd'hui, l'amélioration a été progressive pour arriver au résultat satisfaisant que vous pouvez constater.

Comme vous le voyez, le poignet malade ne présente aucune déformation ou tuméfaction. Il est absolument indolore. Les mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction sont aussi étendus que ceux du côté sain; seul, le mouvement d'extension de la main sur le poignet est très légèrement limité.

Par contre, je dois signaler que l'anesthésie du médius et de l'index ainsi que l'hypoesthésie du pouce persistent. Ces doigts sont en outre un peu cyanosés.

Il existe également une légère atrophie des muscles de l'avant-bras et de la main.

Les réactions électriques ne sont pas modifiées, en dehors d'une légère augmentation de la contractilité faradique dans le domaine du nerf médian à la partie inférieure.

J'ai cru intéressant de vous rapporter cette observation, car elle est un exemple schématique de luxation dorsale du grand os avec énucléation du semi-lunaire et fracture du scaphoïde, dont plusieurs cas ont été, tout récemment encore, présentés à la Société de Chirurgie.

Au point de vue anatomique, chez mon malade, l'énucléation du semi-lunaire n'est que partielle. Cet osselet a un peu basculé en avant, mais son frein postérieur radio-lunaire, dont M. Delbet a bien montré l'importance dans son rapport magistral, semble avoir été simplement tiraillé, mais non arraché, ce qui explique la facilité relative de la réduction.

Au point de vue thérapeutique, elle est un nouvel exemple des bons résultats obtenus dans ces cas par la réduction non sanglante. Je vous rappelle que j'ai déjà eu l'occasion de la réaliser chez les deux malades dont je vous ai entretenus le 3 juillet 1907, dans un travail sur lequel M. Demoulin a bien voulu faire un rapport dans la séance du 31 juillet de la même année. Je renvoie à l'observation ci-dessus pour la technique, qui est celle que Tavernier a bien décrite dans sa thèse en 1906.

Chez mon malade, les manœuvres de réduction ont-elles joué un rôle dans la persistance des troubles nerveux observés dans le domaine du nerf médian? Je ne le crois pas, car ils sont manifestement antérieurs à la réduction, de sorte qu'il est difficile d'en attribuer la responsabilité à cette dernière.

D'ailleurs, dans le cas particulier, il y a lieu d'espérer qu'avec le temps et le traitement approprié, ces troubles, en somme légers, disparaîtront complètement.

M. Jacob. — Je voudrais, à propos de l'observation intéressante que vient de nous communiquer notre collègue Rouvillois, vous faire part de deux remarques qu'elle me suggère. L'une a trait à la réduction de la subluxation, l'autre au pronostic des fractures des os du carpe.

La réduction des déplacements du semi-lunaire doit, à mon avis, être toujours faite sous anesthésie générale. En effet, sur un malade non anesthésié, cette réduction est particulièrement douloureuse en raison des pressions énergiques que l'on est obligé d'exercer, non seulement sur le semi-lunaire luxé, mais aussi et surtout sur le nerf médian qui le chevauche. Le malade se contracte et se défend, le chirurgien est obligé d'augmenter sa pression, et celle-ci peut alors déterminer une contusion violente, dangereuse pour le nerf. La persistance des troubles dans le domaine du médian que présente le malade de M. Rouvillois reconnaît peut-être cette cause. Chez ce malade, en effet, la veille du jour où la réduction sous chloroforme a été faite, des tentatives de réduction énergiques, sans anesthésie, avaient été pratiquées sans résultat. C'était une faute, et je suis d'autant plus à l'aise pour le dire que c'est moi-même qui l'ai commise.

La deuxième remarque que me suggère l'observation du malade de Rouvillois a trait au pronostic des fractures des os du carpe. Chez ce malade, comme vous avez pu vous en assurer, la fracture du scaphoïde qui accompagnait la luxation du semi-lunaire ne se manifeste actuellement par aucun trouble ; le poignet est absolument indolent et a toute sa mobilité. Or, cette absence de troubles après les fractures des os du carpe n'est pas extrêmement rare, si j'en juge d'après mes observations. Il y a cinq ans, j'ai eu l'occasion de radiographier le poignet d'un officier qui, quelques années auparavant, avait été le siège d'une prétendue entorse. Il avait complètement et rapidement guéri et c'est par pure curiosité que l'officier me demandait de le radiographier. A mon grand étonnement, je trouvai une fracture transversale, non consolidée, du scaphoïde. Je possède deux autres observations semblables de fracture du scaphoïde. Il y a quelques jours, j'avais dans mon service un malade qui, à la suite d'une chute sur la main en flexion, présentait une fracture par écrasement du semi-lunaire ; quelques bains de lumière, l'électricité, ont amené une guérison complète.

Comme vous le voyez, Messieurs, si, souvent, les fractures des os du carpe laissent après elles des raideurs et des douleurs persistantes, elles sont susceptibles cependant de guérir complètement, et cela, je crois, plus fréquemment qu'on ne l'a dit.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. MICHON et SAVARIAUD, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. LAUNAY, demandant un congé pendant la durée du concours de chirurgien des hôpitaux.

4°. — Un travail de M. BRAULT (d'Alger), membre correspondant, intitulé : *Mycose du pied à grains noirs chez un jeune indigène algérien*, avec photographies microscopiques, culture et préparation histologique (voir page 530).

5°. — Une observation de M. TISSOT (de Chambéry), intitulée : *Pseudo-hermaphrodisme. Hypospadias périnéo-scrotal.*

Le travail de M. Tissot est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

6°. — Un travail de M. MARQUIS (de Rennes), intitulé : *Névrotomie du membre supérieur pour endartérite oblitérante.*

Le travail de M. Marquis est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

7°. — Un travail de M. SOUBEYRAN (de Montpellier), intitulé : *Fracture horizontale de la grosse tubérosité du calcanéum.* Suture osseuse. Mécanisme de ces fractures.

Le travail de M. Soubeyran est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. MORESTIN. — Je dépose sur le bureau un travail de M. HARDOUIN (de Rennes), intitulé : *Luxation du genou en arrière.*

Le travail de M. Hardouin est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MORESTIN est nommé rapporteur.

M. SEBILEAU. — Je dépose sur le bureau un travail de M. LAMBRET (de Lille), intitulé : *Un cas de sténostomie.*

Le travail de M. Lambret est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. SEBILEAU est nommé rapporteur.

Mycose du pied à grains noirs, chez un jeune indigène algérien, avec photographies microscopiques, culture et préparation histologique,

par M. le Dr J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Je suis vraiment confus. Il y a peu de jours, j'adressais à la Société une communication sur une mycose de la fesse chez un indigène ; aujourd'hui, je me vois à nouveau obligé de solliciter son attention, pour une autre mycose rencontrée chez un jeune Arabe. Je ne veux pas abuser, je serai donc aussi bref que possible.

Ici l'affection était plus sérieuse ; il s'agissait d'une sorte de kyste à contenu hémato-puriforme, renfermant des grains noirs de diverses tailles.

Voici d'ailleurs l'observation : X..., jeune Arabe de quinze ans, né à Orléansville, élève depuis six mois, dans une école à Alger, entre salle Hardy, n° 20, le 25 mars 1911. Il est porteur d'une tumeur liquide siégeant sur le dos du pied gauche en arrière de l'interstice séparant le 1er du 2e orteil, la tumeur est du volume d'une grosse noix, sa surface est très amincie et elle est prête à éclater. Toutefois, à travers la mince couche cornée qui forme une partie du couvercle, on ne perçoit pas la teinte jaunâtre du pus, mais elle semble plutôt renfermer un liquide de couleur hématique. Il n'y a ni chaleur, ni rougeur, ni douleur appréciables ; en un mot, on n'observe aucun phénomène réactionnel, tout cela est plutôt froid. On ne trouve d'ailleurs aucun engorgement ganglionnaire.

L'interrogatoire du malade, nous apprend qu'il est porteur, dans la région atteinte, d'une petite tumeur de la grosseur d'une forte bille, et cela depuis l'âge de sept ans (1). Il y a donc, par conséquent, huit ans, qu'il traîne cette petite infirmité ; depuis quatre mois environ, la petite grosseur a progressé insensiblement, pour arriver au point où elle en est aujourd'hui.

Intrigué par l'ensemble des faits que nous venons de décrire, après badigeonnage à la teinture d'iode, je ponctionne tout

(1) A cette époque le malade habitait la campagne et courait le plus souvent pieds nus.

d'abord la tumeur à l'aide d'une pipette stérile, afin d'ensemencer et d'examiner au laboratoire le contenu de la poche.

Après cette prise, j'ouvre largement la tumeur et j'ébarbe les bords amincis; au milieu du liquide rougeâtre, filant, gluant même, je recueille de nombreux grains noirs de diverses grosseurs. Ces grains sont plutôt durs, irréguliers ; toutefois, il y a certains amas qui paraissent moins secs. Le volume des grains isolés varie de la grosseur de la tête d'une petite épingle jusqu'à celle d'un gros grain de blé; en outre, la poche est tapissée par une doublure intérieure, épaisse, molle, brunâtre, que j'enlève assez bien à la curette et que je fixe pour examen (1). A la suite de ces manœuvres, la poche saigne abondamment. Entre temps, je me suis assuré que tout se passe dans les tissus mous; la poche d'ailleurs, profondément creusée, s'étend dans le 1er espace de la peau dorsale, au tégument plantaire.

Des applications de teinture d'iode et de nitrate d'argent sont faites dans la cavité, qui est ensuite tamponnée à la gaze. A tout hasard, le malade est mis à l'iodure, qui agit bien dans certaines mycoses.

Quelques jours plus tard, 3 avril, la poche semble s'être remplie à nouveau, elle est cependant moins volumineuse qu'au premier jour; quand on la presse on ne fait pas sourdre de liquide. Nous y promenons à nouveau la curette et nous ramenons des débris noirâtres et de ces masses molles, brunâtres, dont j'ai déjà parlé plus haut. Nouvelle cautérisation à fond, à la teinture d'iode.

Pour le moment, j'arrête là l'observation (2).

Examen histo-bactériologique. — 1° *Liquide contenu dans la poche.* — Ce liquide, comme nous l'avons dit, est épais, un peu visqueux, glaireux, couleur rouge un peu foncé. Lorsqu'on l'étale en frottis, on y trouve comme éléments des globules rouges et surtout des cellules blanches, où dominent les polynucléaires. Enfin, on y rencontre les débris du champignon : mycélium et corps arrondis à double contour (chlamydospores).

2° *Grains.* — Les grains ont une couleur brune, rouillée; très épais; examinés à l'état brut, ils ne montrent, même un peu dissociés, que quelques brins de mycélium sur leurs bords.

Pour mieux les apprécier, il faut les dissocier dans la potasse; on voit alors qu'ils sont formés par le feutrage épais d'un mycélium segmenté, trapu, tassé, comportant de grosses chlamydospores intercalaires. Nous joignons ici une photographie microscopique faite par notre préparateur M. Lucien Masselot; dans

(1) Nous n'avons pas eu le temps encore d'y pratiquer des coupes.

(2) Le sérum du malade n'a pas fourni de sporo-agglutination avec la sporotrichose.

cette photographie d'un grain dissocié, on voit bien les détails que je viens d'indiquer (1). J'adresse également une préparation d'un grain dissocié.

Cultures. — Je résume très rapidement ce qui a trait à ces dernières; nous en avons obtenu *soit avec les grains, soit avec le liquide de la poche.* Le parasite a bien poussé surtout en bouillon (2), il a poussé également sur diverses géloses. Le liquide de Raulin et la pomme de terre nous ont paru des milieux défavorables. Les cultures faites à l'étuve avec le liquide hématique ont été particulièrement rapides et bien fournies (3).

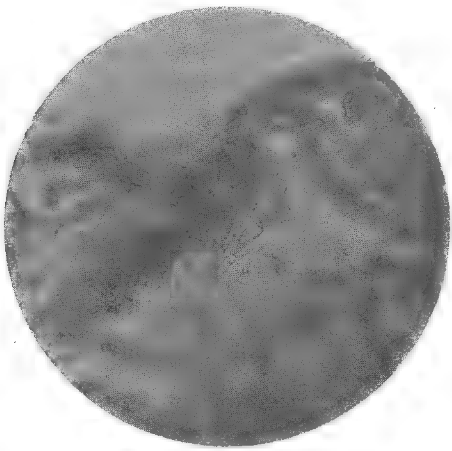


Fig. 1. — Champignon dans un grain dissocié par la potasse. Zeiss, ocul. compensateur 8, et objectif 4. Grossissement : 500.

Ces cultures ont d'ailleurs un aspect assez monotone sur les divers milieux. S'il s'agit d'un grain, c'est une touffe duveteuse translucide, gris blanchâtre, qui s'en élève et le hérisse de toutes parts, formant surtout dans le bouillon un globe volumineux. S'il s'agit du liquide hématique, le même phénomène se produit et là aussi une touffe duveteuse, une houppe des plus fines et des plus gracieuses, s'épanouit.

Ces cultures mettent en moyenne trois à quatre jours avant de paraître. Nous joignons à notre communication une culture formolée sur gélose glycérinée glucosée.

(1) Nous n'avons pas encore eu le temps de faire des coupes des grains inclus dans la paraffine.

(2) Le bouillon reste clair, la culture reste au fond. La gélose brunit au niveau des cultures.

(3) Les cultures en dehors de l'étuve sont plus lentes : sur gélose en dehors de l'étuve, le liquide ensemencé a mis sept jours avant de cultiver nettement.

Nous avons aussi cultivé le champignon en goutte suspendue, dans du bouillon, afin de bien suivre son développement (1). Voici une photographie microscopique d'une culture en goutte.

Mensurations du champignon. — Voici les mensurations qui ont été faites par mon préparateur M. Masselot : *dans les grains*, les renflements terminaux ovalaires sont longs de 8 μ et larges de 3 μ, les chlamydospores intercalaires à peu près rondes mesurent de 7 à 12 μ de diamètre, enfin le mycélium montre *des segments* de 5 μ 1/2 de longueur, larges de 3 μ; *dans les cultures en goutte suspendue*, *les segments* du mycélium mesurent 5 μ de large et varient de 12 à 26 μ comme longueur.

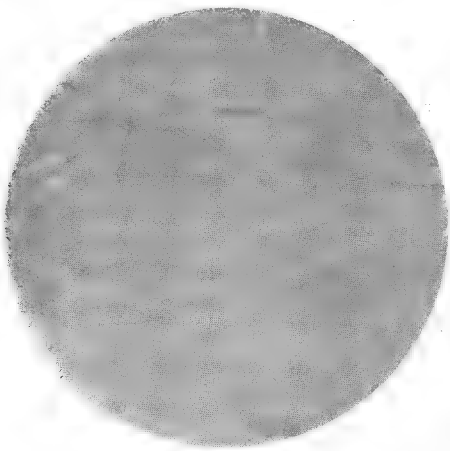


FIG. 2. — Champignon dans une culture en goutte dans du bouillon. Même grossissement que dans la figure précédente.

Inoculations. — Jusqu'à présent, les inoculations que nous avons faites sur divers animaux de laboratoire ne nous ont rien donné.

Nous allons, bien entendu, continuer cette étude et tâcher d'arriver à une détermination exacte; mais jusqu'à plus ample informé, ce cas de mycose du pied semble s'écarter un peu des autres mycoses analogues, à grains noirs, qui n'ont d'ailleurs jamais encore été signalées en Algérie; il en diffère : 1° au point de vue clinique, puisque nous avons eu affaire à une poche unique, volumineuse, à contenu liquide abondant; 2° au point de vue bactériologique, puisque nous avons pu obtenir des cultures et même *des repiquages*.

(1) Nous avons coloré le champignon, soit dans les graisses, soit dans les cultures, à la fuchsine de Ziehl.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des péritonites diffuses.

M. E. Potherat. — J'avais demandé la parole à l'occasion de la communication de M. Lafourcade sur le traitement des *péritonites diffuses* pour présenter quelques courtes réflexions qui venaient tout naturellement à mon esprit, comme à l'esprit, sans doute, de beaucoup d'entre vous.

A deux séances de distance, ces réflexions n'offrent peut-être pas le même à propos. Toutefois, la communication de M. Walther dans la dernière séance n'ayant en rien détruit leur valeur, je vous demande la permission de les reprendre.

Il est entendu que nous n'entrons pas actuellement dans le fond même de la discussion du traitement des péritonites diffuses et que, par suite, nos remarques sont toutes d'impression et de raisonnement, sans s'appuyer sur des documents détaillés.

Un premier point doit ici être bien mis en relief. Les orateurs parlent de péritonites diffuses, de péritonites généralisées. Ils entendent évidemment par là des péritonites ayant débuté au niveau de l'appendice, l'estomac, le duodénum, les voies biliaires et étendues à toute la surface de la séreuse péritonéale, c'est-à-dire à toute la cavité péritonéale.

Nous concevons facilement par l'esprit une pareille inflammation diffuse et généralisée; il est beaucoup plus difficile de la démontrer *in anima vili*; lorsque nous faisons une incision de la fosse iliaque droite, et que nous trouvons le cæcum et les anses grêles voisines baignés de liquide louche, nous sommes tout naturellement portés à voir là une péritonite diffuse, et pourtant, même en pareille circonstance, il peut très bien n'y avoir plus de liquide à quelque distance, et n'y en avoir point dans le cul-de-sac de Douglas. Chacun de nous, je pense, a observé des faits de cette nature.

De même, il est des cas où il existe une péritonite généralisée ou tout au moins très étendue que ne démontrent pas les lésions locales.

Il est donc, en pratique, sinon en théorie, bien difficile d'affirmer la péritonite généralisée, de différencier nettement les cas et, comme conséquence, d'apprécier la valeur thérapeutique de telle ou telle méthode, de tel ou tel procédé.

Il est un second point, au moins aussi important que le premier; c'est celui-ci : quand nous disons péritonite généralisée, nous exprimons un fait d'extension, de délimitation d'un processus morbide. Cette délimitation, par son extension, entraîne

évidemment avec elle l'idée d'une manifestation plus grave du mal primitif, d'une grosse complication. Toutefois, il convient de bien spécifier, car il y a des degrés dans cette aggravation, degrés qui se mesurent au degré même de la virulence de l'infection. J'ai vu, opéré et guéri facilement, comme beaucoup d'entre vous, des péritonites diffuses, très étendues, sinon généralisées, dues au pneumocoque, même au colibacille. J'en ai observé, opéré et perdu d'autres, plus limitées en apparence, mais dues, soit à ces mêmes microbes, soit à d'autres microorganismes. C'était le même chirurgien, le même procédé, la même méthode, et les résultats différaient du tout au tout, puisqu'ils se terminaient tantôt par la guérison, tantôt par la mort.

Je veux bien admirer la méthode de Gibson, qui a surtout le mérite d'être américaine, ce qui n'est pas un petit mérite aux yeux de certains. Je ne m'oppose pas à la position de Fowler, que nous avions coutume de réaliser chez nous dans de multiples occasions, sans lui assigner un nom exotique; je ne repousse pas davantage la position en décubitus latéral préconisée par Walther; je la réalise avec des oreillers et des coussins, sans recourir à un matériel de tapissier un peu compliqué et encombrant, mais je ne crois pas que la position du sujet ait une efficacité majeure pour réaliser l'écoulement des liquides, et je pense que la pression des viscères joue un rôle plus important dans cet écoulement avec un bon drainage.

Dans tous les cas auxquels on fait allusion, je procède d'une manière quelque peu différente de M. Gibson (de New-York); je lave à grande eau la cavité abdominale en particulier, et j'ai une statistique qui pourra, quand s'engagera une discussion plus approfondie, soutenir avantageusement la comparaison avec celles de cet auteur américain; du moins, je l'espère.

La virulence de l'infection, voilà ce qu'il faudrait pouvoir apprécier à sa juste valeur dans chaque cas pour établir des comparaisons. Il y a de nombreux intermédiaires, depuis la virulence exaltée à un haut degré, contre laquelle, je le crois, ou du moins je le crains, nul d'entre nous à l'heure actuelle ne peut se targuer d'être victorieusement armé, et la virulence atténuée dont on triomphe aisément et par tous les procédés. Ce sont ces intermédiaires qui fournissent les résultats variables, dissemblables, les bonnes et les mauvaises séries, quelle que soit la méthode employée, celle-ci, bien entendu, mettant en œuvre toutes les ressources locales ou générales de la thérapeutique chirurgicale actuelle.

A propos des fractures de jambe.

M. Moty. — Si j'ai demandé la parole, c'est parce que j'ai été autrefois l'élève de Raoult-Deslongchamps et que je suis resté fidèle depuis lors à son appareil en zinc modelé pour les fractures de jambe. Celui qui nous a été présenté par M. Quénu dans la séance du 6 avril dernier n'est évidemment qu'un appareil d'exception, s'appliquant sous l'anesthésie générale, car l'anesthésie locale ne peut suffire au voisinage des articulations, que chez les malades énergiques; l'application de l'appareil devient donc une véritable intervention chirurgicale, et si l'habileté de M. Quénu lui a permis de mener à bien cette intervention, on ne saurait prétendre qu'il en serait de même entre des mains moins sûres, que la perforation des têtes osseuses s'exécuterait toujours avec la même perfection et que les résultats obtenus seraient toujours aussi remarquables. L'emploi de l'appareil de MM. Quénu et P. Mathieu ne se justifie donc que par l'impossibilité de réduire la fracture avec les moyens ordinaires.

Mais comme je l'ai déjà dit quand il a été question ici des fractures de jambe en 1909, si l'on réduit ces fractures en fléchissant le genou, les difficultés de la réduction disparaissent d'elles-mêmes ; et depuis que j'ai adopté ce procédé j'ai toujours réussi à réduire facilement et sans chloroforme les fractures qui, dans la position d'extension du genou, avaient offert ou semblaient devoir offrir de grandes difficultés de réduction. Une seule fois je me suis trouvé en présence d'un cas où l'interposition d'un fragment qui semblait avoir pivoté sur lui-même, ramenait obstinément le déplacement dès qu'on cessait l'extension. Je procédai donc après trois ou quatre jours à l'ablation de ce fragment, à la place duquel j'essayai, inutilement d'ailleurs, de greffer un fragment d'éponge stérile, et le traitement habituel par l'appareil de Raoult-Deslongchamps n'en donna pas moins des résultats très satisfaisants; il s'agissait, il est vrai d'une fracture par cause directe au tiers moyen, mais ouverte et infectée.

Je crois que les raisons qui ont le plus nui au succès de ce dernier appareil tiennent uniquement à ce que mon regretté maître n'avait pas su s'affranchir complètement des anciens errements; il compliquait sa gouttière de l'application préalable de bandelettes de Scultet, ne garnissait pas assez l'appareil au niveau du tendon d'Achille et n'attachait pas assez d'importance à la flexion du genou, ce qui occasionnait assez souvent des douleurs et des ulcérations plus ou moins rebelles au niveau du talon. C'est pourquoi j'ai supprimé les dents flexibles qui prolongeaient l'appareil jusqu'à la cuisse, et j'ai soin de placer au fond de l'appareil,

au niveau du tendon d'Achille, un matelas de ouate ordinaire suffisamment épais pour que le talon une fois en place soit suspendu librement et ne puisse pas toucher le coussin sur lequel repose la jambe. J'ajoute de plus à l'appareil une petite attelle antérieure, bifide en bas, destinée à augmenter la solidité du système. Une large feuille de ouate est disposée sur la gouttière par-dessus le coussin talonnier, il n'y a qu'à déposer le membre toujours plus ou moins fléchi, au fond de la gouttière, en maintenant toujours un certain degré de traction et de contre-extension par un aide et en appuyant fortement le talon vers la dépression qu'il doit occuper. L'appareil étant alors posé sur un coussin suffisamment élevé, un aide rapproche et maintient ses bords de manière à contenir la fracture, un autre maintient le pied que le chirurgien fixe par un huit de chiffre après l'avoir bien matelassé, il serre ensuite les trois lacs à boucle qui ont été disposés d'avance sur le coussin, et le blessé peut alors soulever sa jambe sans douleur. Je fais lever les fracturés dans un fauteuil le deuxième ou le troisième jour, à moins qu'il ne s'agisse de fractures comminutives largement ouvertes. Je n'emploie l'extension que très exceptionnellement, mais rien n'est plus facile que de placer un lacs extenseur sur le pied et d'en faire passer l'anse par le trou sous-talonnier pour servir de point d'attache au système d'extension qu'on veut mettre en œuvre. Vers le 25e jour je laisse les fracturés marcher avec des béquilles sans appuyer fortement sur la jambe fracturée. On resserre les lacs au fur et à mesure de la diminution de volume du membre, et si l'on constate une irrégularité du cal on la fait disparaître par des feuilles de ouate d'épaisseur proportionnée à l'effet recherché et que l'on introduit entre le membre et l'appareil en desserrant un ou deux lacs.

Ces appareils se taillent dans une lame de zinc n° 12, avec de forts ciseaux; on peut les faire soi-même ou confier leur coupe à un ouvrier zingueur sur patron en papier gris. Un même appareil peut servir deux ou trois fois, et comme il est facile d'en conserver quelques-uns préparés d'avance, l'immobilisation d'une fracture prend moins de temps qu'il n'en faut pour l'exposition du procédé. C'est pour cela surtout que les gouttières modelées de Raoult-Deslongchamps seront toujours préférées par nos camarades de l'armée aux appareils d'une application longue et délicate; toute la question est d'apprendre leur maniement et de ne pas perdre de vue les principes qui doivent présider au traitement des fractures : surveiller l'appareil, placer le membre dans la position qui met le mieux les muscles au repos, lever le malade et mobiliser les articulations contiguës au segment intéressé dès que son état et celui de la fracture le permettent.

M. Paul Thiéry. — Dans la dernière séance, M. le professeur Quénu a présenté l'appareil de Lambret destiné au traitement des fractures obliques du tibia; cet appareil constitue une méthode de traitement qui relève à la fois de la méthode sanglante et de la réduction par les appareils; c'est donc à la fois un procédé de grande et de petite chirurgie.

J'ai été très heureux d'entendre l'intéressante communication de M. le professeur Quénu, car il en découle que, en mettant en relief l'excellence des résultats obtenus par cette méthode, M. Quénu constate *ipso facto* la faillite des procédés anciens ou habituels de réduction et de contention de ces fractures difficiles à coapter entre toutes. Depuis longtemps j'attendais l'occasion de porter ce débat à la tribune de la Société de Chirurgie, et si je ne l'ai pas fait plus tôt, je veux vous en donner la raison : c'est par déférence pour notre vieux et consciencieux collègue Hennequin.

Vous savez quels étaient son obligeance, son zèle, ses soins, je dirai même sa componction; vous savez quels services il a rendus a nos malades et à beaucoup d'entre nous, si bien que nous l'entourions d'une sorte de vénération.

Je ne partageais pas toujours sa conviction et son enthousiasme, surtout depuis que la radiographie, dont il niait d'ailleurs la précision, m'avait montré la relativité de ses succès, et à mon avis ses résultats étaient dus bien plutôt à la minutie et à la constance de ses soins qu'à la valeur parfois trop théorique de ses appareils.

Mais comme il considérait un peu comme sien le domaine des fractures, domaine sur lequel il lui était pénible de voir chasser, je n'avais pas voulu par une discussion nécessairement passionnée le contrister au déclin de sa vie.

Cependant dès 1891 j'avais publié dans la *Gazette médicale*, alors peu lue, un article d'une soixantaine de pages sur l'*étude expérimentale de la traction dans le traitement des fractures du corps du fémur*; j'y relatais de nombreuses expériences sur le cadavre et vous ferai grâce de leur énumération. Mais j'y arrivais à la conclusion qu'il était besoin même sur le cadavre, où nous n'avons pas à lutter contre les contractures, de tractions énormes, 35 à 40 kilogrammes pour réduire de faibles chevauchements de 2 à 3 centimètres, des fractures transversales les plus faciles à réduire et que les blessés ne pouvaient supporter ces tractions, d'où le dilemme : la traction faible est inefficace et la traction puissante ne peut être supportée. Et M. Hennequin, qui avait lu ce travail, me disait tristement : « Monsieur Thiéry, vous ne croyez pas aux sciences exactes! » Depuis lors cependant il avait un peu augmenté la quotité des poids de traction.

Or, ce que je disais du fémur dans ce travail est entièrement applicable aux fractures du tibia dont la réduction totale, géométrique si je puis dire et idéale, est absolument impossible par les procédés manuels ou instrumentaux, par tous les procédés que je pourrais appeler transcutanés.

Il suffit d'avoir ouvert une fois un foyer de fracture du tibia, d'avoir saisi les fragments avec un davier, de les avoir mobilisés avec ce levier, d'avoir vu quelle force il faut développer pour réduire le chevauchement et les coapter, pour conclure qu'aucune méthode de réduction, aucun appareil ne permettent d'obtenir à travers la peau cette réduction idéale du déplacement.

Je voudrais aussi insister sur un point peu connu et dont l'importance est capitale : à mon avis, le cal dont nous parlons depuis si longtemps, ce cal providentiel qui répare les fractures et est parfois si utile, n'est qu'une difformité, une monstruosité, précieuse le plus souvent, mais toujours vicieuse. Dans une fracture *exactement coaptée*, en règle générale, la réparation osseuse se fait par une cicatrice linéaire, sans cal; sur les radiographies que je vous présente on n'en voit pas trace et il en est de même à la palpation; pour qu'il y ait cal, il faut qu'il y ait reposition incomplète, si minime que soit le déplacement des fragments.

Je ne m'occuperai dans la discussion qui va suivre que des fractures du tibia et des fractures *à grand déplacement non ouvertes*. Je vous montre par la présentation de quelques radiographies ce que j'entends par grand déplacement, afin que nous soyons bien d'accord, car pour les autres fractures, transversales ou sans déplacement notable, il n'est pas question d'intervenir chirurgicalement et je ne voudrais pas être accusé de suturer toutes les fractures du tibia; souvent un cal, modérément volumineux et même exubérant, peut permettre une marche satisfaisante, et je suis un des premiers dans ces cas à me contenter des nombreux appareils habituels dont la variété même dénote cependant l'imperfection.

Je voudrais seulement comparer deux méthodes :

1° Celle de Lambret, heureusement modifiée par MM. Quénu et Mathieu ;

2° Celle du traitement sanglant par la suture ou la ligature.

N'ayant pas reçu les bulletins de la Société avant la séance, je n'ai pu relire *in extenso* la communication de M. le professeur Quénu et je m'excuse des inexactitudes que je pourrais avancer; il voudra bien les rectifier, et je reconnais à l'avance que, n'ayant pas expérimenté sur le malade l'appareil de Lambret, il pourrait m'objecter que je n'ai pas qualité pour en parler ; c'est donc la défense de la reposition sanglante que je prends, et je n'ai pas l'intention d'attaquer la méthode de Lambret.

Toutefois il est quelques objections qui, semble-t-il, peuvent lui être faites *a priori.*

A. — Il s'agit certainement d'une intervention sérieuse de grande chirurgie puisque l'on passe des broches à travers l'extrémité supérieure du tibia et à travers le calcanéum ; or, si l'asepsie de cette opération est facile à obtenir, elle est plus difficile à maintenir pendant plusieurs semaines; et à l'époque où nous traitions les fractures de rotule par les griffes de Duplay, nous avions parfois des échecs d'antisepsie et d'asepsie, alors même que ces méthodes étaient déjà bien connues; dans la suture ou la ligature, l'obtention de l'asepsie est aussi facile à obtenir, son maintien prolongé beaucoup plus facile; c'est d'ailleurs là une objection de détail.

B. — En ce qui concerne la réduction de la fracture par l'appareil de Lambret, nous devons reconnaître qu'une des radiographies produites par M. le professeur Quénu démontre que cet appareil est susceptible de corriger un chevauchement important, et la réduction *dans le sens longitudinal* paraît avoir été parfaite, au delà même de ce que nous aurions cru possible. Mais il n'en est pas de même dans le sens transversal ; le déplacement suivant l'épaisseur de l'os, la déviation angulaire sont en grande partie corrigés, mais le résultat n'est pas *idéal* : il faut obtenir cette correction par l'adjonction de pièces spéciales qui, comme le faisait la vis de Malgaigne mais sans intéresser la peau, viennent presser sur les fragments; or, il faut une force considérable pour réaliser une pression suffisante, et, si bien protégée que soit la peau, on peut craindre sur des téguments sensibles la production d'escarres; seule, l'observation de nombreux malades, femmes surtout, pourra confirmer ou infirmer nos craintes.

D'une façon générale, il nous semble que la réduction du déplacement transversal n'est pas aussi complète que celle du déplacement longitudinal.

C. — D'autre part, la pulsion qui s'exerce sur la broche inférieure par vis *a fronte* doit distendre les ligaments tibio-tarsiens ; elle tend à établir pendant des semaines une sorte d'entorse chronique et permanente et il peut y avoir retentissement articulaire. Le passage des broches à travers le tibia et le calcanéum n'est-il pas lui aussi susceptible d'entraîner une arthrite du genou et une arthrite tibio-tarsienne, surtout chez les prédisposés, arthrite de voisinage qui n'est pas grave en elle-même mais qui, après consolidation osseuse de la fracture, éternise la convalescence et la période d'invalidité? Tous les médecins experts, tous les médecins de Compagnies d'assurances constatent journellement que c'est l'arthrite qui prolonge pendant des mois le chômage des ouvriers et que, la réparation osseuse obtenue, une longue période de con-

valescence est encore nécessaire pour obtenir la résolution de l'arthrite et avoir raison des raideurs articulaires. Autrefois Tillaux attribuait cette arthrite à la prolongation intra-articulaire du trait de la fracture spiroïde : or, ce trait existe souvent, mais il est loin d'être constant, et à notre avis la cause de ces arthrites est tout autre. Or, l'appareil de Lambret ne nous paraît pas tenir compte de ces arthrites, et il est même à craindre que le passage des broches non loin de l'articulation les aggrave ou les provoque.

En résumé, il s'agit là d'un procédé de traitement des fractures du tibia assez compliqué et non exempt de reproches, mais on peut toujours reprocher quelque chose à une méthode chirurgicale. C'est un traitement de grande chirurgie avec ses risques ; il semble donner un résultat bon, très bon, mais non idéal. Ce procédé est donc à retenir, mais il y a lieu de voir s'il n'en existe pas de meilleur.

Voyons maintenant ce que donne la suture des fractures obliques du tibia à grand déplacement.

Depuis longtemps, comme beaucoup de nos collègues, j'ai été frappé de la médiocrité des résultats obtenus par les procédés habituels de réduction. On ne peut nier que beaucoup de malades traités dans les hôpitaux présentent des réductions défectueuses, un résultat fonctionnel peu satisfaisant ; les experts peuvent enregistrer par dizaines ces cas, les Compagnies d'assurances s'en sont plaintes souvent, et les médecins des asiles de Vincennes et du Vésinet ont à plusieurs reprises jeté un cri d'alarme ; s'il n'y a pas négligence, c'est certainement à l'insuffisance des procédés de traitement qu'il faut attribuer ces résultats médiocres.

Je crois avoir été l'un des premiers à Paris, avec M. Tuffier, à préconiser l'emploi systématique de la suture dans les fractures *non ouvertes* du tibia avec grand déplacement.

Au Congrès de Chirurgie de 1901 (séance du 26 octobre), il y a donc dix ans environ, j'ai fait sur ce sujet une première communication qui, je dois le dire, a été assez fraîchement accueillie et chaudement discutée, en particulier par notre maître M. Lucas-Championnière, à la séance même du Congrès, et par M. Reynier dans une conversation particulière où il résumait son opinion en me disant : « S'il s'agissait de votre père, vous ne le sutureriez pas ».

Depuis, la question a fait de grands progrès, notamment à l'étranger. En France même, nombre de chirurgiens ont suturé les fractures et, sans insister sur une bibliographie qui pourrait remplir plusieurs pages, je vous citerai seulement le travail ancien de notre collègue Dujarier qui mérite d'être consulté ; fait à noter, les opposants irréductibles sont ceux qui n'ont jamais tenté la suture ;

et il s'agit alors d'un principe intangible; ceux au contraire qui l'ont tentée n'en combattent plus l'application.

Je voudrais par avance réfuter les objections qui pourront m'être faites : lorsque je remplaçais M. Lucas-Championnière à l'Hôtel-Dieu, j'ai fait un certain nombre de ces sutures, beaucoup avec de bons résultats; mais j'ai eu deux échecs chez deux malades, dont l'un, après une crise de délirium tremens, a rupturé ses fils, et l'autre, après une crise nerveuse d'hystérie au réveil, a complètement déplacé l'appareil; si bien que le chef de service a été fâcheusement impressionné par ces deux cas qui sont restés longtemps en traitement dans les salles, alors que les cas favorables à la méthode sanglante les avaient déjà quittées quand je dus remettre le service au titulaire.

Il ne peut donc être conclu, de ce fait, contre une pratique qui en était d'ailleurs au début; la technique de la chirurgie osseuse s'est beaucoup améliorée depuis; grâce à l'excellente instrumentation de Tuffier, l'opération a acquis une grande simplicité, et si j'y suis resté fidèle, c'est que, malgré une pratique étendue dont témoigne le nombre imposant des radiographies que je mets sous vos yeux, j'ai constaté de tels résultats, que cette méthode me paraît devoir être défendue, et j'espère que plusieurs collègues qui l'ont étudiée, M. Tuffier en particulier, ne pourront que confirmer mes propres observations.

La réduction des fractures du tibia par suture est des plus logiques, car c'est la pratique habituelle qui consiste à ligaturer un fût brisé ou une canne rompue; on sait quelle est la solidité de ces réparations qu'utilisent les pêcheurs à la ligne dont je vois parmi vous quelques représentants; la tige osseuse est, en tous points, comparable à un fût brisé et ligaturé qui présente une résistance considérable.

Or, si nous nous rappelons les trois points principaux que j'ai mis en évidence au début de cette communication :

1° Impuissance des manœuvres extérieures de réduction;

2° Inexistence d'un cal remplacé par une cicatrice linéaire s'il y a coaptation parfaite;

3° Intervention sanglante limitée aux seules fractures avec grand déplacement, — nous sommes amenés à conclure que la « reposition sanglante des fragments » est le procédé idéal; et s'il est possible, comme je le reconnais, de marcher convenablement avec un cal vicieux ou seulement défectueux, on m'accordera que l'obtention d'un cal correct, c'est-à-dire réduit au minimum par une réduction géométrique, ne saurait qu'être favorable à la marche.

Les deux procédés que je viens de comparer, celui de Lambret et

celui de la suture osseuse, sont tous les deux du domaine de la grande chirurgie; tous les deux exigent une asepsie soignée et sont réservés à des chirurgiens de profession.

On pourrait objecter que parfois les fils de suture tendent à s'éliminer, donnent un petit trajet fistuleux; cela est inconstant, mais ne constitue certes pas une exception; mais la suppression des fils après consolidation de la fracture est si simple qu'elle peut être avec avantage assimilée à la suppression des broches de l'appareil de Lambret-Quénu.

Quant aux résultats de la suture, comme vous le montrent les nombreuses radiographies comparatives avant et après suture, ils sont parfaits; comme le signalait M. le professeur Quénu, le blessé peut soulever la jambe sans douleur quelques heures après l'opération avec l'appareil de Lambret: c'est ce que nous observous aussi après la suture.

Enfin, fait capital et qui nous paraît de la plus haute importance, après suture les troubles d'arthrite tibio-tarsienne sont réduits au minimum; très souvent ils n'existent pas et la guérison se trouve, par suite, être au point de vue de la consolidation juridique beaucoup plus précoce qu'avec tout autre procédé de traitement.

Sans entrer dans des détails de technique qui sont bien traités dans le travail de Dujarier, je voudrais, cependant, faire quelques remarques :

1° Depuis longtemps, je n'emploie plus les fils d'argent trop faibles ou trop cassants, et, à ce propos, je ferai observer que chez un de mes malades exactement suturé et auquel j'avais appliqué avec un soin extrême un appareil plâtré, la rupture des fils d'argent fut suivie, malgré une immobilisation absolue du malade, de reproduction du déplacement et du chevauchement des fragments, nouvelle preuve que, même après réduction parfaite, le meilleur des appareils plâtrés est insuffisant pour la contention des fragments, puisque rien ne s'oppose à leur déplacement au milieu des parties molles dans lesquelles ils sont noyés.

J'emploie, soit le fil de bronze aluminium, soit de préférence le simple fil de cuivre recuit des sonnettes électriques, très souple et malléable, très solide, ne rompant pas et ne s'altérant pas même après plusieurs mois de séjour dans les tissus. J'en place ordinairement trois, quelquefois quatre si la fracture est très oblique.

2° Je préfère de beaucoup la *ligature* à la suture : elle est plus facile à effectuer, elle assure mieux la coaptation exacte, ne laisse aucun corps étranger dans l'os; je la préfère aussi aux agrafes qui se mobilisent trop rapidement par ostéite raréfiante. Les fils sont abandonnés dans le foyer de fracture; si ultérieurement il

y a petite fistule, je les extrais avec facilité sans qu'aucune anesthésie soit nécessaire.

3° Je crois qu'il est préférable de ne pas opérer sur les membres très variqueux.

4° J'insiste encore une fois sur la nécessité de réserver l'intervention aux fractures *obliques* avec grand déplacement, c'est-à-dire aux cas où le traitement simple par les appareils donne un mauvais résultat.

5° Après l'opération, je n'applique plus d'appareil plâtré ; une immobilisation relative suffit et je fixe le membre sur une attelle de Beckel.

Fait assez curieux, malgré l'excellence des résultats, la ligature osseuse ne donne pas une consolidation osseuse plus précoce que les appareils ; peut-être cela est-il dû à l'ischémie du périoste produite par la striction des fils de ligature ; de ce côté, il n'y a donc pas accélération du traitement, mais, comme je l'ai déjà dit, l'absence d'arthrite tibio-tarsienne réduit de beaucoup la phase de convalescence, et il s'ensuit que, dans l'ensemble, la consolidation juridique de la blessure est beaucoup plus précoce, alors que lorsqu'il s'agit d'une fracture traitée par les appareils, la consolidation de l'accident n'est guère obtenue qu'entre cinq et six mois, et parfois beaucoup plus tard.

Je dois aussi faire observer qu'après ligature, je n'ai aucunement à m'occuper de l'attitude du pied, de la désaxation, etc. ., car le fait même d'avoir coapté exactement les fragments suffit pour qu'aucune déviation ne subsiste : le contrôle radiographique de la réduction devient même superflu.

A l'appui des considérations précédentes et pour montrer qu'il ne s'agit pas de simples vues de l'esprit, je vous présente un grand nombre de radiographies ; j'aurais voulu vous présenter des malades, mais l'impromptu de cette communication ne m'a pas laissé le temps de les rechercher.

Je crois cependant être autorisé à proposer les conclusions suivantes :

En présence de la faillite des procédés habituels de réduction et de contention des fractures obliques du tibia *avec grand déplacement*, on doit rechercher dans les procédés de Lambret-Quénu et de la ligature osseuse une amélioration du résultat dans le traitement de ces fractures.

La ligature osseuse n'est ni plus difficile à effectuer, ni plus dangereuse que l'application de l'appareil de Lambret qui surajoute deux foyers traumatiques à la blessure principale ; la ligature nous paraît donner une coaptation plus exacte des fragments.

M. ROCHARD. — Messieurs, je ne puis laisser dire par M. Thiéry ce qu'il vient d'avancer sur les appareils de M. Hennequin, sans prendre leur défense. Pour ma part, je soigne les fractures obliques du tibia par l'appareil à extension de notre regretté collègue, et j'en ai d'excellents résultats, sans même de raccourcissement. Mais il faut pour cela une grande surveillance, ne pas hésiter à faire et à refaire les appareils plâtrés, et il est à remarquer que, dans le traitement sanglant des fractures, le chirurgien surveille beaucoup plus ses malades qu'il ne le fait d'habitude dans le cas de l'application d'un plâtre, ce qui pourrait entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats.

Pour ma part, je ne me ferais pas faire de ligature de mes fragments par l'opération sanglante à moins d'indications toutes particulières, telles que plaie, délabrements ou fractures à fragments multiples. Quant à la formation du cal, M. Thiéry vient de renverser toutes nos connaissances sur la guérison des fractures. Il affirme que dans la réunion exacte et bout à bout des fragments, il n'y a pas de formation de cal. Nous avons tous vu des fractures sans déplacements et guéries ayant présenté un cal. Il est certain que la radiographie ne le montre pas ; mais le palper permet de le constater.

Enfin, je demanderai à M. Thiéry s'il n'a jamais eu d'accidents, car on sait la facilité avec laquelle ces foyers osseux s'infectent.

M. ROUTIER. — Je suis toujours surpris d'entendre plusieurs de nos collègues, en parlant des fractures, dire et répéter que c'est peut-être un côté négligé dans leur service ; si ce qu'ils disent est vrai, ils ont tort ; je suis convaincu que tous mes collègues, comme moi, font ce qu'ils peuvent pour bien réduire les fractures qu'ils ont à soigner, mais ce qu'il faut bien avouer, c'est que, dans certains cas, quoi qu'on fasse, cette réduction est très difficile ou impossible à obtenir, et très difficile ou impossible à maintenir.

C'est pour ces cas qu'il est bon d'avoir à son aide toutes les méthodes de réduction, y compris la mise à nu des fragments et leur suture par un procédé quelconque.

Et j'ajoute que, souvent même dans ces cas, on n'aura pas de résultats parfaits.

Mais je croyais que la thérapeutique des fractures de la jambe, en particulier, avait fait un immense progrès depuis qu'on employait les appareils de marche, et surtout depuis qu'on a à sa disposition l'appareil imaginé par mon ami Delbet.

La communication que je viens d'entendre, dans laquelle l'auteur paraît considérer comme point capital dans le traitement des

fractures la réduction osseuse parfaite, anatomique, ne me paraît pas être un grand pas en avant, au contraire.

Je répéterai avec mon maître et ami M. Championnière, que ce n'est pas la réduction anatomique absolue de l'os ou des os qui prime le résultat obtenu, c'est, avec une réduction moins bonne, le bon état des articulations voisines et des muscles.

Or, avec l'appareil de marche de Delbet que j'emploie couramment, j'obtiens de très bons résultats : tout d'abord, la réduction par la traction continue se fait bien ; j'ai toujours pu l'obtenir d'une façon suffisante pour la guérison satisfaisante de mes blessés.

La réduction obtenue est bien maintenue par les attelles plâtrées de Delbet, et le malade marche.

Il m'a paru, et je vous ai présenté ici plusieurs malades, que la consolidation se faisait plus vite que par le séjour au lit ; enfin, les articulations continuent à servir, et quand on enlève l'appareil, toutes les articulations sont souples et bien utilisées par le malade.

En face de mes résultats, je suis loin, vous pouvez le comprendre, de transformer de parti pris les fractures fermées en fractures ouvertes ; toute suture ou corps étrangers mis dans un os me paraissent, d'autre part, presque fatalement destinés à s'éliminer.

M. Thiéry ne nous cache pas, du reste, ce que nous savions bien déjà, à savoir que les fractures traitées par la suture ou la ligature sont longues à consolider, et que lorsqu'on a obtenu la consolidation osseuse, il reste à rendre au membre l'usage de ses fonctions, par les divers moyens connus, ce qui est encore fort long.

M. Picqué. — Je tiens à m'associer à ce que viennent de dire mes collègues en réponse à la communication de M. Thiéry. Je ne puis admettre que les fractures à grand déplacement indiquent constamment la suture. La radiographie nous montre chaque jour que l'on peut marcher fort bien avec des fractures dans lesquelles la réduction anatomique est incomplète.

J'ai vu ces temps-ci, à Lariboisière, une malade très agitée et qui présentait une fracture du fémur avec grand déplacement.

Ce pouvait être un cas d'indication de la suture, mais celle-ci était justement contre-indiquée en raison de l'état d'agitation de la malade.

L'agitation qui avait amené le défaut de réduction contre-indiquait en même temps la suture. Je fus étonné après sa guérison de la facilité de la marche.

Mais d'autre part la suture donne-t-elle les résultats parfaits que nous indique Thiéry.

J'ai eu dans mon service de Sainte-Anne un malade suturé par

un distingué collègue avec un résultat déplorable : il est vrai que l'état mental qui avait amené le malade dans mon service excuse suffisamment mon collègue du fâcheux résultat que je vous signale.

Je signalerai encore trois autres malades qui m'ont été envoyés des hôpitaux, à Sainte-Anne, pour des fractures compliquées traitées par la suture immédiate.

Il faut certes tenir compte dans ces cas du temps qui a pu s'écouler depuis la fracture, et de l'infection qui pouvait exister au moment de la suture. Mais la suture a été faite dans les trois cas d'une façon très minutieuse : ultérieurement les malades, comme dans deux cas que nous a cités Thiéry, se sont agités et ont compromis gravement le résultat. Quoi qu'il en soit, les trois malades sont arrivés dans mon service avec des accidents très graves.

L'un a succombé aux accidents septiques, l'autre a dû subir une amputation. Le troisième guérit dans les conditions les plus déplorables au point de vue de la réduction.

M. Pierre Sebileau. — Je ne prends presque jamais la parole dans les discussions qui n'ont pas trait aux maladies chirurgicales de la tête. Cependant, je voudrais demander deux choses à Thiéry. Les voici : 1° Que veut-il dire quand il dit que des surfaces osseuses exactement affrontées par la ligature et la suture ne guérissent pas par formation d'un cal, mais bien par une sorte de réunion comparable à la réunion des téguments ou des muscles? 2° Comment explique-t-il la genèse des arthrites tibio-tarsiennes dans les fractures obliques du tibia, puisqu'il affirme que ces arthrites n'existent pas après le traitement des fractures par la méthode sanglante, tandis qu'elles troublent « la consolidation fonctionnelle » des blessés pendant des semaines et des mois après le traitement de ces mêmes fractures par les méthodes non sanglantes?

Pour ce qui concerne le premier point, Thiéry convient que les os ne réunissent pas plus vite après la suture, la ligature, ou l'enchevillement qu'après la simple immobilisation par un appareil. C'est donc que, dans un cas comme dans l'autre, le processus ostéogénétique est le même, qu'il y a production de cal, formation d'os, et que cette évolution cicatricielle n'est en rien comparable à l'évolution cicatricielle des autres tissus (peau, muscles, etc.). Un cal peut n'être pas saillant; il n'en reste pas moins un cal.

Pour ce qui concerne le second point, je dois dire à Thiéry que je ne m'explique pas en quoi le fait de mettre à jour le foyer d'une fracture en V du tibia et de ligaturer les fragments, met l'opéré

à l'abri d'une arthrite tibio-tarsienne et d'une raideur articulaire consécutive. Ce n'est pas affaire d'immobilisation ou de non-immobilisation dans un appareil, puisque Thiéry nous dit que tous ses opérés (immobilisés et non immobilisés) échappent à cette désagréable complication des solutions de continuité des os. Je ne discute ici ni les procédés, ni les résultats. Je le répète : il y a une question de physiologie pathologique que je ne comprends pas. Je demande à Thiéry de m'éclairer.

M. Moty. — Au sujet des malades atteints de delirium tremens, je rappelle un cas dans lequel je fus appelé pendant un congé, par un confrère civil, pour faire une amputation de cuisse sur un fracturé de jambe en délire alcoolique avec gangrène du membre. Il n'y avait en réalité qu'un hématome diffus avec gonflement considérable du membre. Je réussis à fabriquer un appareil en zinc et à l'appliquer comme je le disais tout à l'heure et, malgré la persistance du délire pendant quelques jours, la fracture se consolida sous la seule surveillance de la femme du blessé dans un chaume de la montagne, à la grande surprise du confrère qui ne fut rappelé que pour enlever l'appareil.

M. Walther. — Comme la plupart de nos collègues, je crois que nous pouvons, dans le plus grand nombre des cas, obtenir, par la réduction en flexion, la réduction sous le chloroforme, la correction de la déformation ; cette correction n'est pas absolue, c'est affaire entendue, mais elle est suffisante pour assurer le bon fonctionnement du membre.

L'appareil excellent de Hennequin peut, comme l'a dit M. Rochard, rendre de grands services dans les cas de réduction difficile. M. Routier a dit les bons résultats que lui a donnés l'appareil de Delbet. J'ai eu la bonne fortune d'avoir l'an dernier un interne qui avait été l'année précédente interne de mon ami Delbet et qui m'a appris à appliquer cet appareil; j'en ai obtenu aussi de bons résultats; je ne l'ai pas appliqué dans des cas de réduction très difficile.

Je n'ai jamais fait de sutures osseuses métalliques parce que j'en ai vu les inconvénients; j'ai eu dans mon service des malades atteints d'hyperostoses, d'ostéite chronique douloureuse, portant des sutures métalliques, des clous, des agrafes.

Ce que préconise M. Thiéry, ce n'est pas la suture osseuse, mais bien la ligature des fragments, et celle-ci n'expose pas aux mêmes accidents d'ostéite que la suture. Dans les cas de fractures ouvertes où la réduction est très difficile, où il est nécessaire de ramener et de maintenir une esquille, je fais la ligature des frag-

ments avec du gros catgut; cela suffit pour maintenir ces fragments au contact pendant l'application de l'appareil plâtré.

Mais il est des fractures dont le déplacement résiste à toutes les tentatives de réduction, et, pour celles-là, la méthode de traction par prise directe sur les os peut seule corriger le déplacement.

Je n'ai jamais employé l'appareil de Lambotte et je le regrette, car il me semble très bon.

Je vous ai présenté il y a quelque temps un malade auquel j'avais appliqué la traction par la méthode de Codivilla pour une fracture sus-malléolaire qui avait résisté à tous nos efforts de réduction. Le résultat était très bon. Il y avait bien un peu de chevauchement, mais en somme une bonne réduction dans l'axe et un bon fonctionnement du membre.

Quant à l'appareil de Lambret, qui est l'origine de cette discussion, il me semble excellent en principe, mais il n'était pas encore au point et je crois que nous devons savoir gré à M. Quénu d'avoir cherché et trouvé les modifications qui puissent lui donner la solidité et la stabilité qui lui faisaient défaut.

J'en puis parler d'autant mieux que depuis un mois je suis aux prises avec les difficultés de maintien, de fixation des tiges d'un appareil de Lambret que j'avais appliqué pour une fracture difficile à réduire.

M. Quénu nous a rendu certainement un grand service en donnant ce qui lui manquait à cet appareil qui a le très grand avantage d'assurer la traction dans les meilleures conditions tout en perforant les os en partie sains, loin du foyer de la fracture.

M. Paul Thiéry. — Mes contradicteurs sont si nombreux que je ne pourrai, en raison de l'heure avancée, faire à chacun d'eux qu'une brève réponse.

M. Rochard me demande ce qui m'autorise à dire qu'il n'existe après ligature qu'une cicatrice osseuse analogue aux cicatrices musculaires ou cutanées, et que le cal, si régulier qu'il soit, est une difformité; pas plus que lui, je n'ignore qu'un cal (et c'est Destot qui l'a prouvé au moins pour les sept premiers mois) peut rester transparent à la radiographie. Mais la palpation du tibia, si superficiel sous la peau, suffit pour se rendre compte de la régularité si parfaite de l'os que, fils à part, il serait impossible de dire qu'il a été fracturé. Plus tard, le cal s'ossifie, se calcifie plutôt, et devient opaque : or, si je vois presque constamment des cals sur les radiographies de fractures réduites et traitées par les procédés habituels, comment se fait-il, s'ils existent, que je n'en observe aucun chez mes opérés?

M. Rochard me demande aussi une statistique au point de vue

des accidents : je n'ai, en dehors des deux échecs que j'ai signalés dans ma communication, eu aucun accident. La statistique est donc bien simple : je signale seulement la possibilité d'une petite fistule entretenue par un fil et qui se tarit en quelques jours dès que le fil est supprimé; il n'y a donc pas de complications opératoires autres que celles que pourrait entraîner une faute d'asepsie qui n'a d'ailleurs rien de propre à la ligature osseuse et qui dépend uniquement du chirurgien ; je n'ai observé aucun accident sérieux.

M. Routier conteste la défectuosité du traitement des fractures de jambe par les procédés habituels en général; je ne puis que le renvoyer à ce que j'ai dit des doléances des blessés, des Compagnies d'assurances et de nos collègues de Vincennes et du Vésinet, qui ont attiré l'attention sur la médiocrité de nombre de nos résultats; je possède une riche collection des radiographies qui la démontre, et sans en rechercher les autres causes dont j'ai dit un mot en parlant de la sollicitude de M. Hennequin pour les fractures, je crois devoir l'attribuer à l'insuffisance des procédés de traitement.

M. Routier nous dit d'ailleurs qu'en appliquant un appareil on doit s'efforcer d'obtenir le moins de déviation possible; c'est justement parce qu'après ligature *il ne persiste aucune déviation* que je remplis, je dépasse même son desideratum, et nous sommes absolument du même avis.

L'histoire de mon opéré dont les fils se sont rompus, démontre bien que l'appareillage le plus soigné d'une fracture est insuffisant. Il me reproche aussi d'immobiliser les fractures. D'une façon générale, je ne suis pas très partisan des appareils de marche qui, certes, ne retardent pas la consolidation, au contraire, mais peuvent favoriser les déplacements; mais je n'ai pas dit qu'on ne pouvait pas appliquer un appareil de marche aux fractures ligaturées; j'ai fait remarquer que je les immobilisais peu, sans appareil plâtré, sur une simple attelle, et par suite je ne verrais aucun inconvénient, si je tenais aux appareils de marche, à en appliquer un à mes opérés.

M. Picqué a observé quatre cas malheureux, dit-il; évidemment, il serait intéressant de savoir qui fut l'opérateur, car je puis vous présenter des douzaines de radiographies de fractures traitées par les appareils, quelques-unes provenant de collègues qui apportent beaucoup de soin à leur traitement et qui témoignent de résultats déplorables. Il n'y a pas de méthode parfaite entre toutes les mains. Quant à l'objection qu'il tire de l'état général des opérés, elle n'est pas plus applicable au traitement sanglant des fractures qu'à toute autre opération. Nous n'avons pas, comme

lui, l'occasion d'opérer souvent des déments ou des aliénés, ni même des nerveux, et les complications de cet ordre que nous n'avons pu prévoir n'ont rien de spécial au traitement sanglant des fractures; un dément pouvant aussi bien compromettre le résultat d'une laparotomie ou d'une simple cure radicale de hernie. Il est bien entendu que la réduction des fractures par l'opération est, comme toutes les interventions chirurgicales non urgentes, soumise à des indications tirées de l'état général et même d'âge, de diathèse, etc...

Mon collègue et ami Sebileau me fait la même remarque que M. Rochard en ce qui concerne le « cal difformité », le « cal monstruosité » pour lequel il m'a trouvé sévère. J'ai déjà répondu à M. Rochard; je ne dis pas que le cal n'est pas utile souvent, mais je dis qu'il n'est qu'une forme spéciale de réparation osseuse et qu'il n'existe pas si la coaptation est parfaite dans le sens absolu du mot; pourquoi la cicatrice osseuse (probablement d'origine osseuse uniquement) est-elle aussi lente à s'établir qu'un cal (d'origine périostique)? Je n'en sais rien en dehors de l'ischémie produite par la striction des fils, mais c'est un fait d'observation indéniable que j'ai avancé et que chacun peut contrôler.

Pourquoi, me demande encore M. Sebileau, n'y a-t-il pas d'arthrite? Je n'ai pas fait d'expériences à cet égard, mais je crois pouvoir dire que ces arthrites sont dues en grande partie à des compressions vasculaires, à des troubles circulatoires donnant lieu à des œdèmes avec épanchement articulaire de voisinage, comme cela s'observe après la striction d'un membre par un lien. Plus il y a cal exubérant et difforme, plus il y a d'arthrite. Après reposition sanglante, le « fût osseux » étant rétabli dans sa forme, les autres organes, nerfs, vaisseaux, reprennent leur rectitude et leur place; les œdèmes sont réduits au minimum et l'arthrite également; le plus souvent, elle peut être considérée comme nulle. Peu importe d'ailleurs l'explication : c'est un fait que j'ai maintes fois constaté.

M. Moty me fait observer que la pratique des appareils est plus simple et plus commode à appliquer... même en voyage. Je n'y contredis pas et la ligature ressortit plutôt de la pratique urbaine et nosocomiale : au cours d'une excursion dans l'Himalaya, je ne l'appliquerais certainement pas !

Enfin, je crois être d'accord avec M. Walther en ce qui concerne la préférence que je donne à la ligature sur la suture, puisque je n'abandonne aucun fil métallique dans l'os et que je puis à volonté, et sans opération proprement dite, supprimer en tant que besoin les fils que j'ai ligaturés autour de l'os.

M. PIERRE SEBILEAU. — Ainsi, c'est par des déviations vasculaires (!) que Thiéry explique les arthrites et les raideurs tibio-tarsiennes qui, chez les blessés traités par les méthodes non sanglantes, troublent quelquefois pendant si longtemps la « convalescence fonctionnelle » des fracturés. Et il m'invite, après avoir fait sur ce point des recherches personnelles, à présenter mon travail à l'Académie. Je tiens à rassurer mon ami Thiéry : je n'oserais pas...

M. PICQUÉ. — J'ai parlé non pas d'aliénés, mais de malades normaux traités dans les hôpitaux et qui présentent ces psychoses post-opératoires dont je vous ai entretenus en 1898.

La possibilité de ces accidents doit être envisagée au moment de pratiquer la suture, et les deux faits que nous a rapportés Thiéry fournissent un appui sérieux à ma manière de voir.

Lecture.

M. PAUL DELBET lit une note sur le *traitement de l'hypertrophie prostatique.*

Le travail de M. Delbet est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. PICQUÉ est nommé rapporteur.

Présentation de malade.

Traumatisme cranio-cérébelleux.

M. H. MORESTIN. — Il n'est que trop commun d'observer des traumatismes cérébraux, mais les troubles cérébelleux en rapport avec une lésion cranienne sont d'une extrême rareté. Aussi l'histoire du jeune homme que je vous présente offre-t-elle de l'intérêt.

Louis P..., apprenti maçon, âgé de quinze ans, était, le 19 octobre 1909, occupé à quelque besogne au pied d'une maison en construction. Il était penché en avant, la tête fléchie, quand il reçut sur la région occipitale un choc violent et perdit connaissance. C'était une grosse pierre, un moellon pesant quarante-cinq livres, qui, tombant d'un mur haut de plusieurs mètres, avait heurté la partie postérieure du crâne. Il fut transporté aussitôt dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, 17. Le lendemain 20 octobre, je le trouvai dans un état fort grave et presque comateux. Il n'était pas, il est vrai, dans la résolution complète, mais il était totalement inconscient et demeurait immobile, les pupilles dilatées, le facies très pâle. Au niveau de la nuque, on notait un gonflement considérable et une plaie contuse superficielle. La pression exercée à ce niveau provoquait quelques gro-

gnements et certains mouvements des membres, indiquant une perception confuse de la douleur.

Il n'y avait aucune dépression, aucun point douloureux sur la voûte du crâne, aucune marque de traumatisme sur la face ou le reste du corps. Il n'y avait pas non plus d'écoulement sanguin par l'oreille ou le nez. L'exploration la plus minutieuse du foyer d'attrition ne nous permit de sentir ni enfoncement cranien, ni crépitation, ni même d'explorer convenablement cette partie du crâne. Le choc semblait avoir porté au-dessous de la protubérance occipitale externe et à gauche de la ligne médiane, mais tous les tissus étaient infiltrés de sang; la nuque et la région occipitale étaient extrêmement tuméfiées. Je pus m'assurer que les mouvements du cou étaient libres qu'il n'y avait rien d'anormal au niveau des vertèbres cervicales, et qu'en somme la lésion devait être exclusivement cranienne.

La ponction lombaire nous montra que le liquide céphalo-rachidien contenait du sang dans une forte proportion. Pensant qu'une intervention pouvait être utile, je procédai sans retard à l'ouverture du foyer. Je traçai une incision verticale médiane, commençant dans le cuir chevelu au niveau du lambda et descendant jusqu'à l'apophyse épineuse de l'axis; sur cette incision verticale j'en fis tomber une autre horizontale se portant à gauche vers la mastoïde, et libérai rapidement les deux lambeaux ainsi formés. Je pénétrai presque aussitôt dans un foyer plein de caillots répondant à la partie gauche et inférieure du crâne.

Les muscles de la nuque, de ce côté, avaient subi une attrition considérable; l'écaille de l'occipital était à nu, dépouillée de son périoste et de ses insertions musculaires. Après avoir enlevé les caillots, je constatai sur l'occipital une large fissure dont un des bords était infléchi vers la profondeur, fissure longue de 3 à 4 centimètres, qui se dirigeait obliquement de haut en bas et de bas en dehors vers le trou occipital.

J'agrandis cette brèche avec la pince-gouge, me rapprochant progressivement du trou occipital, et m'arrêtai non loin de son contour postérieur, ayant créé une perte de substance comparable à une pièce de deux francs. Entre le crâne et la dure-mère se trouvait un hématome peu volumineux.

La dure-mère fut incisée et j'aperçus la surface du lobe gauche du cervelet. Il n'y avait pas d'attrition grossièrement évidente de cet organe, ni de caillots accumulés à la surface, mais néanmoins il était facile de constater que la coloration en était anormale, que son revêtement pie-mérien semblait légèrement ecchymotique.

Je me bornai là, refermai la dure-mère et remis en place les parties molles en laissant un drain.

Pendant trois ou quatre jours, l'état du malade demeura très alarmant. Il était tantôt agité, tantôt en état de dépression complète, avec évacuations involontaires, mais toujours inconscient. Il n'y eut jamais de vomissements. Le pouls pendant cette période resta constamment au voisinage de 120.

Au cinquième jour, le malade sortit de sa torpeur, commença à se remonter, à s'alimenter régulièrement, à parler, et très rapidement passa d'une situation très alarmante à un état très satisfaisant. Aussi dès le septième jour j'essayai de le faire lever.

Notre attention fut alors vivement attirée par des phénomènes d'incoordination motrice et des troubles de l'équilibre, en rapport manifeste avec le traumatisme cranio-cérébelleux. Le sujet ne pouvait tenir sur ses jambes, il titubait, tendait à tomber du côté gauche.

Le 1er novembre, on put procéder à un examen plus complet. Un médecin distingué, très habitué à l'étude des malades présentant des lésions ou des troubles du système nerveux, le Dr Tournay, a bien voulu m'aider dans cette circonstance. Voici ce que nous avons pu constater douze jours après l'accident :

Le malade ne présente ni maux de tête, ni troubles visuels, ni troubles auditifs.

Il comprend bien les questions qu'on lui pose, et ses réponses sont correctes. Toutefois, il répond avec une certaine lenteur. De plus la parole est un peu traînante; toutes les syllabes sont prononcées. On ne peut pas dire néanmoins que la parole soit scandée.

A plusieurs reprises, depuis lors, le malade nous a dit avoir toujours parlé de cette manière. Et ce renseignement est confirmé par ses parents.

Le malade n'est pas paralysé, ni même parésié. Sa force musculaire est intacte; il est naturellement un peu faible, ayant subi un tel choc et étant resté douze jours au lit. Il exécute les mouvements qu'on lui demande de faire, étant couché.

Lui demande-t-on, le bras étant étendu le long de son corps, de porter rapidement le bout de l'index au bout du nez, voici ce que l'on observe :

Du côté *droit*, le mouvement est exécuté correctement, avec précision, avec mesure, en une seule fois. Et cela aussi bien les yeux ouverts que les yeux fermés.

Du côté *gauche*, le doigt est porté vers le nez, sans brusquerie notable, mais n'atteint pas le bout du nez avec précision. L'index *dépasse le but*, va vers l'œil, vers la joue, vers l'oreille, ou vient heurter le front, la racine du nez, ou glisse sur le bout de celui-ci. Il est ensuite ramené vers ce but, et le plus souvent après quelques oscillations décroissantes.

Ce phénomène n'est pas modifié par l'occlusion des yeux.

Prie-t-on le malade d'exécuter des mouvements successifs de pronation et de supination, d'abord en décomposant, puis avec rapidité :

Du côté *droit*, le mouvement décomposé et le mouvement rapide sont correctement exécutés.

Du côté *gauche*, chacun des mouvements élémentaires de pronation

et de supination est correctement exécuté, sans brusquerie appréciable. Mais la succession *rapide* des mouvements est impossible. Il y a un trouble marqué de la *diadococinésie.*

On peut faire asseoir le malade. On peut le faire se lever. Il se tient debout, mais n'est pas encore très assuré sur ses jambes, et la tête lui tourne un peu. Toutefois en le soutenant légèrement on peut lui faire accomplir un petit tour dans la salle.

On constate alors que, assez fréquemment, le malade est *entraîné* vers la gauche et a tendance à tomber de ce côté.

Dans la marche, la jambe *droite* se comporte comme à l'état normal ; elle suit la ligne médiane et le pied se porte en avant avec modération et mesure. La jambe *gauche* s'écarte un peu de la ligne médiane et le pied se porte davantage en avant, et par conséquent en dehors, que ne fait le droit. De plus, le pied gauche se repose plus brusquement sur le sol que ne fait le droit, et provoque en touchant le plancher un bruit plus fort. Mais cet exercice ne peut être prolongé. On recouche le malade.

On peut s'assurer que des deux côtés la force musculaire est intacte. Il n'y a ni paralysie, ni parésie, ni contraction, ni raideur, ni hypotonie.

Les réflexes *tendineux* achilléens, rotuliens, radial, tricipital sont normaux, égaux des deux côtés.

Les réflexes *cutanés* crémastérien et abdominal sont conservés des deux côtés.

Le réflexe *cutané plantaire* est normal à gauche. A droite, l'excitation de la plante du pied provoque une *extension du gros orteil*, accompagnée de contraction du tenseur du fascia lata. On peut se convaincre en répétant les manœuvres que le phénomène est légitime (*signe de Babinski*).

Pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité paraît conservée sous ses différents modes. La notion de position n'est pas troublée.

Le 19 novembre, nouvel examen, que M. Tournay a tenu à faire contrôler par M. Babinski.

Le malade paraît en bon état. Il mange bien, il dort bien, n'a pas de douleurs de tête.

Il marche seul sans difficulté. Mais on est obligé de l'accompagner dans sa marche, parce que de temps en temps il est entraîné de côté, et de préférence vers la gauche.

Pendant la marche, la jambe gauche se porte un peu plus en dehors et en avant que ne fait la droite, et en retombant le pied gauche heurte un peu plus brusquement le sol : cela se voit et s'entend.

Au membre supérieur gauche, on retrouve les mêmes phénomènes pathologiques constatés précédemment : mouvements démesurés, adiadococinésie.

Intégrité de la force musculaire.

Les réflexes cutanés et tendineux sont tous trouvés normaux. C'est à peine si, du côté droit, on trouve une tendance à l'extension réflexe du gros orteil. N'était le résultat du précédent examen, on ne serait pas autorisé à en tenir compte d'une façon ferme.

Intégrité de la sensibilité.

Examen des yeux pratiqué par M. Chaillous. Aspect normal. Réactions

pupillaires normales. Fond d'œil normal. Quand les yeux sont tournés vers la gauche, léger nystagmus transversal.

Recherche du *vertige voltaïque*.

Le vertige voltaïque est anormal. Légère résistance. Il faut 5 milliampères. Le pôle + étant à gauche, la tête va à gauche et en arrière. Le pôle + étant à droite va en arrière.

Le 30 *novembre*, le malade est encore soumis par M. Tournay à l'examen de M. Babinski.

L'état est le même. Les troubles n'ont pas diminué. Au membre supérieur gauche, persistance des mouvements démesurés et de l'adiadococinésie.

Au membre inférieur gauche, persistance des particularités notées pendant la marche.

De plus, dans la marche, le malade a toujours tendance à être entraîné de côté, mais cette fois plutôt vers la droite.

On ne retrouve plus l'extension de l'orteil à droite. Le réflexe cutané plantaire est redevenu normal. Il ne persiste aucun signe de perturbation du faisceau pyramidal.

On retrouve les mêmes anomalies dans le vertige voltaïque.

L'examen des oreilles, pratiqué par M. A.-G. Weill, n'a rien révélé d'essentiel.

Depuis cette époque, l'état du jeune P... a été sans cesse s'améliorant. Au bout de trois mois, il marchait déjà très bien sans canne; une certaine hésitation dans les mouvements persistait encore néanmoins. Peu à peu, tous les troubles ont disparu. Au sixième mois, la guérison était à peu près complète. Au huitième, le sujet avait pour ainsi dire récupéré son état normal. Un neurologiste désigné comme expert pour évaluer les conséquences de l'accident a cru pouvoir déclarer que P... n'avait subi aucune diminution dans l'aptitude au travail.

Dix-huit mois s'étant écoulés depuis l'accident, on peut espérer qu'en effet la guérison est bien acquise.

Ce fait m'a paru et vous paraîtra peut-être un document utile pour l'étude, rudimentaire encore, des traumatismes cranio-cérébelleux.

Vacances.

M. le Président. — En raison des fêtes de Pâques, la prochaine séance est reportée au mercredi 26 avril.

La Société se constitue en comité secret.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une brochure de M. le Dr J. REGNAULT, médecin de 1re classe de la marine, professeur d'anatomie, intitulée : *Ecole de médecine navale de Toulon*, notice historique.

A propos de la correspondance.

M. OMBRÉDANNE dépose sur le bureau une note de M. CH. LENORMANT, chirurgien des hôpitaux, sur *deux cas d'invagination intestinale aiguë chez des nouveau-nés, opérés et guéris.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. OMBRÉDANNE est nommé rapporteur.

Décès de M. Houzel, membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le regret de vous annoncer la mort de M. le Dr Houzel, de Boulogne-sur-Mer, membre correspondant de la Société de Chirurgie depuis 1888.

M. Houzel était un chirurgien de grande valeur, qui avait acquis dans la région du Pas-de-Calais une légitime notoriété. Ses occupations ne lui permettaient que rarement d'assister à nos séances,

mais il comptait parmi nous beaucoup d'amis. Je crois être l'interprète fidèle de vos sentiments en adressant ici, à M[me] Houzel et à sa famille, l'expression de nos sincères condoléances et de notre profonde sympathie.

Rapports.

Sur un procédé de prostatectomie périnéo-trans-urétrale,
par le D[r] PAUL DELBET.

Rapport de M. Lucien PICQUÉ.

M. Paul Delbet, dans une précédente séance, nous a lu la description d'un procédé nouveau de prostatectomie périnéale qui, selon lui, réunit l'avantage des deux méthodes sus-pubienne et périnéale et évite leurs inconvénients. Dans ce procédé, il aborde la prostate par l'urètre.

Le malade est placé sur une table d'opération ordinaire en position faiblement inversée. L'opérateur introduit dans l'urètre un explorateur Guyon n° 2, de telle manière que le bec et la portion coudée se trouvent dans l'urètre membraneux, la portion droite tenue verticalement.

Plaçant le doigt au point où la portion coudée continue la portion droite, il trace en ce point, comme centre, trois incisions : une, verticale médiane supérieure, suivant la convexité de l'explorateur dans une étendue de 3 centimètres; les deux autres, longues de 1 cent. 1/2 environ, partent de l'extrémité postérieure de la précédente, encadrent la demi-circonférence antérieure de l'anus et à 2 cent. 1/2 de lui.

Après incision des parties molles, l'urètre est ouvert longitudinalement : ses bords sont repérés et l'explorateur retiré. L'urètre membraneux et prostatique sont débridés légèrement sur la sonde cannelée.

L'urètre est alors dilaté par des bougies de Hegas jusqu'à atteindre un diamètre de 10 millimètres environ.

Une tige coudée mince est alors introduite par l'urètre dilaté jusque dans la vessie et placée à cheval sur le col. Elle sert de désenclaveur et attire le col légèrement en bas.

Guidé par le désenclaveur, l'index droit est alors engagé dans l'urètre et poussé aussi loin que possible. Il fait aux limites du col et de l'urètre une déchirure à la muqueuse, s'engage dans le plan de clivage et isole l'adénome prostatique, qui est alors

extrait en un ou plusieurs fragments avec une pince de Museux guidée sur l'index.

L'opération est alors terminée : une large sonde de Pezzer est mise en place.

M. Paul Delbet a opéré, dans ces conditions, le 17 mars dernier, un vieillard de soixante-treize ans. L'opération s'est faite simplement et très rapidement : elle a duré quinze minutes.

Il a pu s'assurer que la pénétration du doigt dans la vessie n'est pas indispensable et que le décollement de l'adénome peut s'amorcer dans l'urètre.

M. Paul Delbet, comparant ce procédé au procédé périnéal ordinaire, pense qu'il lui est supérieur en ce qu'il évite des délabrements étendus du périnée, la blessure possible du rectum, l'incontinence, et qu'il conserve en outre les canaux éjaculateurs.

Je laisse à ceux de mes collègues qui ont pratiqué la voie périnéale, à se prononcer sur ces deux points.

En ce qui concerne la méthode de Freyer, que j'ai pratiquée bien souvent dans mon service de Bichat, M. Paul Delbet lui trouve des inconvénients que, pour ma part, je n'ai jamais constatés.

Dans tous les cas que j'ai opérés (au nombre de 30 environ), elle m'a toujours paru une opération simple et pouvant se faire rapidement, d'une innocuité absolue et n'exposant les malades ni aux hémorragies, ni aux infections, ni aux fistules dont parle M. Paul Delbet.

D'autre part, en utilisant pour le drainage les longs tubes de caoutchouc avec un tube de verre coudé interposé, on évite facilement l'imprégnation du pansement par l'urine.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Paul Delbet de sa communication et de déposer son travail dans nos archives.

— Les conclusions du rapport de M. Picqué, mises aux voix, sont adoptées.

Hernies de l'appendice et appendicites herniaires, par M. Caplesco (de Bucarest).

Rapport de M. Lucien PICQUÉ.

Dans un travail portant ce titre et qui nous est adressé par le Dr Caplesco (de Bucarest), l'auteur nous rapporte que sur une statistique personnelle de 260 cas de hernies inguinales et crurales simples et étranglées (de 1904 à 1910), il a rencontré 13 fois

l'appendice hernié seul ou accompagné du cæcum, côlon, iléon et épiploon.

Dans 9 de ces 13 cas, l'appendice lui a paru normal et il s'est contenté de le réduire, se bornant à la simple cure radicale de la hernie.

Dans 4 cas seulement, il existait une appendicite herniaire qui nécessita la résection de l'appendice. Les quatre malades ont guéri.

Les hernies dans lesquelles il a observé l'appendice étaient inguinales ou inguino-scrotales droites. Toutes étaient volumineuses.

Des quatre observations d'appendicite herniaire, deux me paraissent particulièrement intéressantes.

Dans l'une d'elles, l'appendice présentait les lésions de l'appendicite chronique. La hernie avait les dimensions d'un œuf d'oie ; elle était douloureuse et réductible. L'ouverture du sac découvrit un appendice turgescent. Quoique adhérent sur la paroi droite du sac dans toute sa longueur, la réductibilité était pour le moins apparente.

Ce cas me paraît susceptible de fixer un point intéressant de clinique. J'estime, pour ma part, que la hernie réductible est indolente et que la douleur est toujours la conséquence d'une complication herniaire surtout d'une épiplocèle adhérente.

Dès lors, quand une hernie réductible s'accompagne de douleurs, il faut alors s'appliquer à constater s'il n'existe pas une erreur de localisation.

J'ai souvent rencontré des cas de ce genre, et M. Berger nous en a rapporté lui-même. Il y a quelques jours j'ai pu, dans un cas de hernie réductible, observé dans mon service, constater que la douleur relevait d'une appendicite chronique concomitante : le maximum de la douleur siégeait au niveau de la fosse iliaque droite.

Lors donc que l'on s'est mis à l'abri d'une erreur de localisation, qu'on a constaté que le sac ne contient pas d'épiploon adhérent et que la hernie est réductible, on peut, avec quelque raison, songer à l'existence d'une appendicite herniaire lorsque celle-ci est douloureuse.

Dans un deuxième cas, M. Caplesco a constaté l'existence d'un calcul dans un appendice enflammé chroniquement.

Voici le résumé de cette observation :

X..., quarante et un ans, hernie inguinale du volume d'un œuf d'oie, douloureuse, incomplètement réductible. On sent, dans le sac, un cordon dur qui semble indépendant des éléments du cordon, et un petit nodule douloureux. Le bandage n'est pas supporté, le malade réclame une intervention.

A l'ouverture du sac, on constate la présence du cæcum et de l'appendice, qui est turgescent et contient un calcul mobile.

L'appendice est réséqué : le calcul est situé à 2 centimètres de sa base ; l'extrémité libre est turgescente et fluctuante. A l'incision, on constate que les parois sont très épaissies; l'extrémité libre contient du muco-pus. Le calcul, de coloration brunâtre et de consistance dure, est formé de deux portions juxtaposées ; il existe une petite cavité purulente autour du calcul.

La muqueuse présente quelques érosions superficielles.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Caplesco des observations intéressantes qu'il nous a adressées, et de déposer son travail dans nos archives.

— Les conclusions du rapport de M. Picqué, mises aux voix, sont adoptées.

A l'occasion du procès-verbal.

Plaies pénétrantes de poitrine.

M. Delorme. — La statistique globale que nous a donnée M. Baudet, les idées personnelles qu'il nous a fournies sur le traitement des plaies pulmonaires traitées par la thoracotomie immédiate, l'analyse critique qu'en a faite, notre collègue M. Picqué dans son beau rapport et les opinions qu'il a soutenues, constituent de précieux documents dans la discussion toujours ouverte sur *les plaies de poitrine compliquées d'hémorragies graves.* Ils sont en faveur de l'intervention.

Dans ses trois observations de thoracotomie pour blessures pulmonaires compliquées d'hémorragies internes graves, M. Baudet a suivi les indications que j'ai nettement formulées ici : les signes physiques d'un hémothorax abondant coïncidaient avec des signes fonctionnels accentués et les dominaient. Il était très rationnel de découvrir les sources des hémorragies; les constatations directes faites au cours de l'opération montrèrent qu'il avait eu raison d'agir ainsi.

Chez le premier blessé, on relève la pâleur de la face, le pouls rapide, une oppression telle que, quarante minutes après l'accident, M. Baudet n'hésite pas à faire porter son malade sur la table d'opération; mais aussi, sans parler des crachats sanglants rouge vif, la percussion de l'hémithorax gauche révélait *en arrière* une *matité complète de haut en bas. Les bruits respiratoires n'y étaient plus entendus.*

A l'ouverture de la plèvre gauche, M. Baudet la trouve pleine de sang et de caillots et, des trois perforations rencontrées qu'il sutura, l'une donnait lieu à un *jet* de sang abondant. Ce blessé guérit.

Quoi de plus légitime que la thoracotomie immédiate dans ce cas?

Le deuxième blessé, vu *une heure et demie* après l'accident, était pâle, très oppressé, sans que l'oppression soit extrême; son pouls était rapide et la température un peu inférieure à la normale; il rejetait des *crachats sanglants*, rouge vif, très fréquents.

D'un autre côté, l'examen du poumon révélait des signes très nets d'un *épanchement remontant dans la fosse sous-épineuse.*

Après formation d'un volet à charnière externe, à la Delorme, *la cavité pleurale gauche fut trouvée entièrement remplie de sang et de caillots* et le poumon rétracté vers son hile.

Les plaies suturées, le blessé guérit.

Le troisième cas est celui d'une femme frappée dans le dos, au-dessous et en dedans de l'épine de l'omoplate gauche.

On note de l'oppression presque immédiate, de la tendance à la suffocation, l'expuition par la bouche de gros caillots de sang; le pouls est petit et très fréquent, régulier.

Vue par son médecin pour la première fois, et par M. Baudet le sixième jour, elle est assise sur son lit, pâle, oppressée à l'extrême dès qu'elle se met à parler.

Et avec ces signes fonctionnels on constate, en arrière, l'absence de vibrations thoraciques; *la matité est absolue dans toute la hauteur de la poitrine en avant et en arrière*; *la région sous-claviculaire est mate*; *la respiration est nulle en avant et en arrière.*

Volet thoracique à charnière externe à la Delorme; cavité thoracique si pleine de sang que M. Baudet dit n'en avoir jamais constaté autant dans ses précédentes interventions.

La plaie postérieure mise à nu *saigne* en bavant. Je rappelle qu'il y avait six jours que la malade avait reçu le coup de couteau.

Dans ces trois cas qui parlent tant en faveur de l'intervention directe parce que, malgré l'étendue considérable de l'épanchement, l'hémostase spontanée ne s'était pas accomplie, dans ces cas M. Baudet n'eut aucune hésitation à pratiquer la thoracotomie et il n'y avait pas lieu d'en avoir. A des signes fonctionnels marqués, s'ajoutaient chez ces blessés les *signes physiques d'épanchements considérables.* Ces derniers n'ont été ni incertains ni longs à rechercher. Dans de pareilles conditions, à moins d'être absolument

réfractaire à l'idée d'intervention, on ne peut s'empêcher de considérer son opportunité comme aisément et solidement établie, l'opération comme sûre et bienfaisante.

Ces faits rentrent dans un cadre qui se fait chaque jour plus net et qui est plus accepté; ces opérations font honneur à l'esprit de décision de M. Baudet.

Mais, et c'est en cela que réside l'originalité de sa conception, il veut étendre les indications de la thoracotomie immédiate lorsque les signes physiques sont difficiles à trouver, qu'ils restent douteux ou négatifs. Alors les signes fonctionnels ou généraux doivent fournir à leur place des indications de premier ordre (1).

Ici je me séparerais de M. Baudet et je regrette d'avoir à me séparer des idées de notre collègue M. Picqué qui partage ses vues.

Dire : à des plaies légères du poumon accompagnées d'hémorragies légères répondaient toujours des symptômes généraux et fonctionnels insignifiants; des symptômes généraux graves correspondaient à une plaie pulmonaire grave (2), et s'appuyer surtout sur la gravité d'une symptomatologie fonctionnelle pour agir, me semblerait quelque peu excessif, en règle générale.

Si la statistique consultée, assez courte, paraît autoriser semblable conclusion, elle ne saurait faire oublier, jusqu'à plus ample informé, les cas bien connus, et que j'ai rappelés, de symptômes primitifs alarmants, mais vite disparus, et qui étaient sans concomitance avec des hémothorax graves. Etendre la méthode à ces cas me paraît un abus à redouter et à éviter, et tant qu'on n'apportera pas pour me convaincre un ensemble de faits plus imposant, je resterai encore attaché aux enseignements anciens sur ce point; je ne me montrerai partisan de l'intervention que chez les malades chez lesquels les signes physiques sont existants, qu'ils soient ou non concomitants de signes fonctionnels importants.

Je parle bien entendu ici, comme je l'ai fait en 1907, des plaies en *plein parenchyme*.

Je comprends que M. Baudet reste impressionné par les cas graves qu'il a observés de plaies vastes *par éclatement* d'un parenchyme *très adhérent*, se traduisant par des réactions fonctionnelles sévères sans hémothorax ou sans hémorragies extérieures graves. Mais ces faits ne sont-ils pas exceptionnels?

Il reste alors une catégorie de blessés auxquels M. Baudet a eu le plus souvent affaire, ceux qui sont atteints *aux limites du cœur*

(1) P. 351.
(2) P. 351.

et du poumon. J'admets que là son initiative soit des plus hardies, que son expectation soit écourtée, même nulle, qu'il n'attende pas l'apparition d'un hémothorax étendu.

J'agirais comme lui. En effet, le temps presse; aucun moment n'est à perdre : la lésion siégeant à la limite de la zone cardiaque et pulmonaire, les plaies extérieures servent peu au diagnostic, les signes de plaie pulmonaire ne détournent pas la pensée de la possibilité d'une blessure concomitante des deux organes voisins, le sang collecté en partie dans le sinus du hile ne donne pas à l'hémothorax toute sa signification; la symptomatologie est plus complexe, il y a du bruit de moulin. L'hémorragie sévère est plus redoutable et sa gravité plus pressante.

Chez ces blessés, — et ils sont nombreux dans la statistique de M. Baudet, puisque M. Picqué nous dit que « 13 fois sur 38, les signes fonctionnels étaient assez pressants pour qu'on ait pu croire à une plaie du cœur qui n'a pas été confirmée », — dans ces cas, et dans ceux où les symptômes fonctionnels sont des plus graves, angoissants, anhélants, *agoniques*, il paraît indiqué de *brusquer* notre action et par une brèche qui permet de tout voir, de faire, au gré des circonstances, acte de chirurgien (1).

En résumé, si c'est à ces limites cardio-pulmonaires que semblent s'arrêter nos dissidences, elles n'existent pas entre MM. Baudet, Picqué et moi; si au contraire, pour les plaies d'un parenchyme pulmonaire libre, ils veulent s'appuyer autant et même donner plus d'importance à des signes fonctionnels graves qu'à des signes physiques, je me sépare d'eux et j'estime que c'est s'exposer à un abus que de ne pas attendre, pour se guider, ces signes physiques presque concomitants, plus certains.

M. Lejars. — Au cours de la dernière discussion, j'avais exprimé l'idée que la question n'était point résolue encore, qu'elle restait à l'étude, et que des faits nouveaux pourraient seuls permettre de conclure. Je vous ai présenté, le 28 avril 1909, une jeune femme que j'avais opérée d'une plaie du poumon gauche, et l'intervention faite en toute urgence, et, du reste, sur la présomption d'une plaie du cœur, avait été suivie d'un excellent résultat.

Depuis, le 4 octobre dernier, j'ai eu l'occasion de pratiquer une autre thoracotomie, dans les mêmes conditions. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, qui avait été amenée dans mon service à une heure du matin, pour une plaie de poitrine par coup de couteau. La plaie était située au-dessus du sein gauche; elle était ransversale, mesurait environ 2 centimètres et saignait notable-

(1) P. 355.

ment. Pourtant le pouls était bon, la respiration facile; il n'y avait pas de signes d'hémorragie endo-thoracique grave, et, après avoir fait un pansement extérieur un peu compressif, mon interne, M. Perdoux, n'avait constaté rien d'alarmant. Vers le matin, la situation avait changé; à 9 heures, la température était de 36°2, le pouls à 120, assez bien frappé, mais petit; le facies pâle; la respiration était devenue très malaisée, bruyante; des quintes de toux spasmodiques se répétaient; les plaintes et l'agitation étaient continues. Le pansement était imbibé de sang rouge, et la petite plaie saignait en nappe. L'examen de la poitrine, que, d'ailleurs, l'impossibilité de laisser la blessée dans la position assise rendit assez incomplet, montra cependant un gros pneumothorax et un déplacement du cœur. Je n'eus que très peu de données sur l'abondance de l'épanchement, et ce fut surtout l'état du pouls, la dyspnée croissante, l'hémorragie continue par la plaie extérieure qui me décidèrent à intervenir; j'ajoute que la jeune fille avait craché du sang, et que l'existence d'une plaie pulmonaire n'était pas douteuse.

L'opération eut lieu, séance tenante, à 9 1/4, sous l'anesthésie générale, du reste, bien tolérée; par une incision transversale sus-mammaire, je découvris le trajet, et, au niveau du deuxième espace, à deux ou trois travers de doigt du bord sternal, une fente largement ouverte, par laquelle l'air s'échappait bruyamment. La troisième côte, sous-jacente, fut dénudée et réséquée sur une longueur de 6 centimètres; une notable quantité de sang noir et de caillots fut évacuée du thorax, et le poumon saisi et amené avec une pince-clamp courbe, appliquée superficiellement. On reconnut alors sur le lobe supérieur, en avant et en dehors, une plaie de 1 cent. 1/2, linéaire, et qui ne saignait plus. Ce dernier fait a été, du reste, maintes fois relevé; il ne laisse pas que de surprendre et de troubler un peu à une première rencontre; il s'explique par l'affaissement du poumon consécutif à l'ouverture du thorax.

Toujours est-il que la plaie pulmonaire fut réunie par deux points de catgut n° 1, et le poumon relâché. On sutura la paroi sans drain.

Notre opérée a guéri sans le moindre incident; elle quittait l'hôpital le 19 octobre; je l'ai revue plusieurs fois depuis, et dans un état de santé parfaite.

J'estime donc que la thoracotomie immédiate ou rapide peut être, dans certaines plaies de poitrine, une opération de salut, et qu'elle reconnaît des indications, assez rares sans doute, mais, à mon sens, bien établies. Toutefois, j'admettrai difficilement que la mesure précise de l'hémothorax puisse servir de critérium pra-

tique, en pareilles conditions. On n'a souvent, du reste, que des données assez incomplètes sur la hauteur de l'épanchement chez ces blessés, dont le thorax contient de l'air et du sang, et qu'il serait parfois périlleux de déplacer et de maintenir assis. La formule des indications est donc loin d'être mathématique; dans le dernier cas que je viens d'exposer, c'est surtout l'aggravation continue des accidents, au bout de plusieurs heures, qui m'a déterminé. Et je crois qu'il y a là, en effet, une indication de réelle valeur. Au début, à la période de shock cardio-pulmonaire, si l'on peut ainsi dire, les réactions nerveuses peuvent en imposer; mais, une fois passé ce premier stade, après que le blessé a été réchauffé, calmé, « remonté », si l'on constate que le pouls s'affaisse de nouveau, que la pâleur s'accentue, que la respiration devient de plus en plus gênée, ce sont là les indices d'une hémorragie qui se poursuit, et l'intervention directe pourra couper court aux accidents menaçants.

M. Tuffier. — Depuis notre dernière discussion *sur la conduite à tenir dans les plaies pénétrantes de poitrine* où je vous ai rapporté un cas d'opération, je n'ai pas eu l'occasion de trouver une seule indication opératoire; tous les malades que j'ai pu soigner dans mon service ont *tous* guéri. Je me permets de signaler le fait parce qu'ils ont été nombreux et que plusieurs ont été gravement blessés; nombreux, car à Beaujon les plaies par balle de revolver ou par coup de couteau sont communes; j'en ai eu jusqu'à cinq en même temps dans ma salle d'hommes, grièvement atteints; en voici la preuve :

J'ai l'habitude de me rendre dans mon service toutes les fois qu'un accident nécessite une opération d'urgence, sauf impossibilité de ma part. Or, deux fois j'ai été appelé pour des cas de plaie pénétrante du poumon dont l'état paraissait si grave que mes internes avaient fait placer, pour gagner du temps, le malade sur la table d'opérations. Dans les deux cas, ma seule intervention a consisté à faire remettre les blessés dans leur lit, et à les laisser dans l'immobilité respiratoire aussi complète que possible; ils ont tous deux guéri.

J'ai vu des troubles fonctionnels très graves, pâleur de la face, syncope, anhélation ; j'ai trouvé des hémothorax remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate; je ne suis jamais intervenu, considérant que ces accidents, si graves qu'ils puissent paraître, pouvaient se terminer favorablement. Plus je vais, plus j'ai la conviction que les indications opératoires sont particulièrement rares, que la mortalité dans les plaies graves du poumon a lieu *dans les toutes premières heures* après l'accident et que, cette

période passée, la guérison est la règle; or, rien n'est plus difficile que de voir le malade à ce moment et de poser l'indication de l'opération. Voici un fait qui vient à l'appui de cette opinion : un homme se tire une balle de revolver dans le poumon gauche, vers le 4e espace intercostal; il est amené dans mon service *trois quarts d'heure* après l'accident, et (tous ces chiffres sont précis), *dix minutes après son entrée*, au moment où j'arrivais dans la salle le matin à ma visite, il succombait en ma présence. L'autopsie faite par M. Mauté montrait que le poumon était traversé dans sa partie moyenne.

Je suis convaincu que si mes collègues voulaient faire la statistique nécessaire à préciser la période post-traumatique où la mortalité est la plus à redouter dans les plaies pénétrantes de poitrine, ils constateraient que la mort est surtout à craindre dans les premières heures.

M. Rochard. — A entendre M. Tuffier, on pourrait croire qu'il n'y a pas de plaie du poumon mortelle et cependant il en meurt de ces blessés. Il est certain que l'opération n'est indiquée que dans les cas exceptionnels, les cas très graves, tous les interventionnistes l'ont répété ici. Mais ils existent ces cas. Et puis, il y a aussi les malades qui meurent des suites de leur hémothorax suppuré.

Mais, pour ma part, je constate que les opérations se font plus nombreuses et avec de nouveaux succès.

M. P. Michaux. — Je partage pour ma part l'opinion que mon collègue M. Tuffier vient d'exprimer tout à l'heure. Placé à l'hôpital Beaujon, dans les mêmes conditions que mon collègue, j'ai vu que les trois quarts de nos plaies de poitrine et même davantage guérissaient spontanément et sans intervention. Je me rappelle une des dernières observations que j'ai eues à traiter dans mon service. Le blessé se trouvait au bout de quelques jours dans un état très grave par infection d'un gros épanchement sanguin. Mes internes me pressaient de l'opérer, la température était en voie d'ascension. L'état du malade ne m'a pas paru justifier l'intervention, et en fait deux jours après l'évolution s'effectuait normalement vers une guérison rapide.

J'ai été un partisan convaincu de l'intervention chirurgicale, je suis encore disposé à intervenir dans des cas graves d'hémorragie ou d'infection, mais je pense aujourd'hui que ces cas sont plus rares que nous le pensions autrefois, lors de nos précédentes discussions.

M. Delorme. — Je suis très heureux de la discussion qu'a soulevée ma communication. Elle a servi à accuser à nouveau la

solide conviction de notre collègue M. Rochard, favorable à l'intervention directe, et nous montre l'évolution opérée dans l'esprit de plusieurs de nos collègues. Des faits ont incité M. Lejars a reconnaître l'utilité de l'ouverture du thorax pour assurer l'hémostase des plaies pulmonaires très graves et si, comme le dit M. Michaux, après avoir été, au début, chaud partisan de l'intervention directe, il l'est moins aujourd'hui, il le reste encore dans des limites que, pour ma part, je ne dépasserai guère. Les trois quarts des plaies pulmonaires guérissent par l'expectation, nous dit-il. Je n'ai pas, je ne pourrais pas donner de statistique exacte, mais j'estime que la proportion est peut-être plus élevée encore. Il n'en est pas moins vrai qu'il reste des cas (dont il me paraît peu utile d'ailleurs de chercher à supputer exactement le nombre) qui, bien que rares, sont des plus graves, et réclament autre chose que l'expectation.

Je n'ai jamais demandé dans aucune de mes communications qu'on appliquât la thoracotomie dans des conditions autres que dans ces cas rares et graves, mais j'estime toujours que là rien ne saurait la remplacer.

A Beaujon, où les traumatismes de la poitrine sont fréquemment observés, M. Tuffier n'a pas trouvé l'occasion d'intervenir dans son service : ses blessés ont guéri par l'expectation pure et simple. La conclusion qui découlerait de la remarque de notre collègue, c'est que l'intervention directe n'est pas utile. Mais je me permettrai de lui demander, comme je l'ai fait d'ailleurs dans une précédente discussion aux partisans, comme lui, de l'expectation pure, s'il a tenu compte, dans sa statistique, de ces blessés qui, transportés à l'hôpital à toute heure du jour et de la nuit, en l'absence du chef de service, sans pouvoir y trouver la ressource suprême d'une intervention hâtive et suractive, ne franchissent guère le seuil de l'hôpital que pour y mourir. Ces malheureux pourraient ne pas compter dans une statistique de l'expectation, tandis qu'ils comptent dans celle des interventionnistes, à l'actif ou au passif de la thoracotomie. Je le répète, ce n'est que lorsque nous serons assurés que dans les deux côtés de la balance on a réuni les mêmes éléments qu'on pourra seulement établir avec rigueur les chances de guérison que dans les *cas les plus graves, les seuls en cause*, les blessés peuvent retirer de l'expectation ou de l'hémostase chirurgicale et supputer la valeur des deux méthodes.

Notre collègue M. Lejars estime que les indications que j'ai fondées sur les signes physiques sont établies sur une base peut-être trop restreinte, et si j'ai bien saisi sa pensée, il serait tenté comme MM. Baudet et Picqué de faire une part plus large aux signes fonctionnels, de les prendre même parfois pour seuls guides. Dans

mes communications, j'ai bien parlé de l'importance de ces signes, mais je ne puis oublier les méprises auxquelles ils exposent surtout quand ils ne sont pas portés à l'extrême. Je crois qu'il arrivera un moment, lorsque la symptomatologie de ces traumatismes aura été mieux étudiée, sera mieux connue des chirurgiens, où des chirurgiens de carrière pourront plus souvent s'appuyer sur eux presque exclusivement, mais je ne croirais pas prudent de le conseiller à l'heure actuelle, alors que l'opération est si critiquée, discutée dans son principe, dans son ensemble, que des abus pourraient la compromettre. Dans ces conditions, l'indication paraît devoir reposer sur une base des plus solides, et les signes fonctionnels, à moins encore une fois qu'ils ne soient portés à l'extrême, ne me paraîtraient pouvoir compter qu'à titre d'appoint, de complément des premiers.

M. Tuffier. — Je ne puis laisser passer sans protester ce qui vient de se dire. Mon collègue Lejars ouvre un thorax, attire le poumon à l'extérieur, trouve que *la plaie pulmonaire n'est le siège d'aucune hémorragie*, mais en conclut que cette même plaie, dans la poitrine, sous l'hémothorax, continuait à donner. D'abord personne n'en sait rien, personne ne peut affirmer qu'il en soit ainsi, et tout porte à croire que c'est le contraire.

Nous savons tous que la meilleure façon d'arrêter une hémoptysie ou une hémorragie pulmonaire, c'est de permettre au poumon de se rétracter sur son hile, et pour cela le pneumothorax ou l'hémothorax sont les deux procédés les plus efficaces. Vraiment l'épanchement sanguin pleural qui refoule le poumon sur son hile remplit pleinement l'indication ; par conséquent, de ce qu'une plaie pulmonaire saigne ou ne saigne pas quand vous l'attirez hors de la poitrine, vous ne pouvez absolument rien conclure.

Ce qui vient de nous être dit démontre plus clairement encore l'imprécision ou même l'absence des indications opératoires dans ces cas; M. Delorme affirme que c'est dans les toutes premières heures après l'accident que l'intervention est indiquée, il est satisfait de voir M. Lejars évoluer vers sa doctrine, alors que ce dernier affirme au contraire, et je crois qu'il a raison ; que c'est l'aggravation des troubles fonctionnels et moins des signes physiques qui commande la thoracotomie. Que nos collègues commencent par s'entendre, après cela nous pourrons discuter.

Ce que je veux combattre surtout ici, c'est la *tendance à généraliser ou à multiplier les cas d'intervention*, tendance que je crois déplorable, car elle amènera nos assistants à faire des opérations inutiles et dangereuses. Je vous en ai donné la preuve par deux exemples personnels, et si nous ne venons pas ici résolu-

ment restreindre à leur strict minimum ces interventions, j'ai la conviction que nous inciterons les chirurgiens à des thoracotomies qui tueront beaucoup plus de malades qu'elles n'en sauveront. J'ai assez l'expérience et la grande expérience de la chirurgie thoracique pour ne pas être taxé d'une timidité exagérée ou d'une incompétence qui expliqueraient mon abstention, elle est uniquement commandée, et j'en suis convaincu, chez vous comme chez moi, par les faits et par le désir du plus grand bien des malades.

M. KIRMISSON. — Je tiens formellement à appuyer ce que vient de dire M. Tuffier. Il est difficile de poser nettement les indications de l'intervention dans les plaies de poitrine, et il est à craindre que des opérateurs insuffisamment expérimentés n'abusent de l'intervention, et n'aggravent par les accidents de l'intervention elle-même le pronostic des plaies de poitrine.

M. ROCHARD. — Je ferai remarquer à M. Kirmisson que dans les opérations citées dans cette discussion ce ne sont pas des internes, mais bien MM. Baudet et Lejars, chirurgiens des hôpitaux, qui ont apporté les observations.

Certes, les indications de l'intervention sont difficiles à poser, mais ne le sont-elles pas aussi dans les cas d'inondation péritonéale? Je ne fais allusion qu'aux hémorragies très graves bien entendu et dans lesquelles les moments sont comptés.

M. DEMOULIN. — J'ai, depuis notre dernière discussion, observé plusieurs plaies pénétrantes de poitrine, qui n'ont fait que me confirmer dans l'opinion que l'intervention chirurgicale doit être exceptionnelle.

Je persiste à penser qu'on ne peut se guider, pour opérer, sur la pâleur de la face, sur la faiblesse et la rapidité du pouls, l'état lipothymique que présentent les blessés ; ces signes se rencontrent, en effet, chez des sujets qui ont des lésions très superficielles, non pénétrantes, de la région thoracique, soit qu'ils aient été victimes d'une tentative de meurtre, soit qu'ils aient voulu se suicider.

C'est l'abondance seule de l'hémorragie, dans les plaies pénétrantes de poitrine, qui doit, comme l'a dit, il y a longtemps, M. Delorme, armer le chirurgien, abondance dont on juge d'après la quantité de sang qui s'écoule par la plaie thoracique, par la bouche, ou qui s'accumule dans le thorax.

Quand un blessé saigne abondamment et que sa vie est en danger, il n'y a pas à hésiter; il faut tarir la source de l'hémorragie, quelle qu'en soit l'origine, et cette règle s'applique tout

aussi bien aux plaies pénétrantes du poumon qu'à celles des autres régions de l'organisme.

M. Lejars. — Il me semble vraiment que la discussion conduit à des appréciations trop rigoureuses et à des conclusions extrêmes qui ne sont justifiées ni dans un sens ni dans l'autre. Que les plaies de poitrine guérissent souvent, très souvent, sans intervention, personne ne le conteste ; je vois aussi beaucoup de plaies de ce genre à l'hôpital Saint-Antoine, et, dans ces dernières années, je n'ai trouvé que deux fois l'indication d'opérer. C'est dire que la thoracotomie reste toujours le procédé d'exception ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, elle est tout indiquée et devient une opération de salut. Encore une fois, ce sont des observations nouvelles qui nous permettront seules de préciser les termes de la question.

M. Delorme. — Je répéterai volontiers avec M. Lejars ce que je disais dans ma communication antérieure. *C'est des faits qu'il faut attendre la solution de la question.* J'en suis tellement convaincu qu'à la suite du rapport de M. Picqué je n'aurais pas pris la parole si je n'avais eu à faire des remarques au sujet de l'extension donnée à la méthode par l'un de ses partisans. L'heure n'est pas venue de chercher à vaincre les hésitations de ceux qui s'arrêtent exclusivement à l'expectation.

Mais les faits viendront. Ils viendront, par la force des choses, des opérations tentées dans les cas de plaies cardio-pulmonaires à diagnostic hésitant ou incertain de plaies supposées de la région centrale du poumon, de l'hiatus cardio-pulmonaire.

Mais dans certaines plaies du parenchyme compliquées d'hémorragies graves et très graves, d'ores et déjà je reste convaincu que l'intervention directe sera parfois la meilleure, la seule chance de salut du blessé.

La rapidité avec laquelle l'opération doit être alors pratiquée et la variété des circonstances localiseront tantôt son exécution aux mains du chef de service, d'un chirurgien de carrière ou d'assistants exercés ayant le sang-froid et les connaissances nécessaires. C'est de nécessité pour une opération d'urgence et, avec l'expérience cadavérique, elle paraîtra aussi indiquée, aussi pressante, aussi facile ou presque aussi facile que la ligature d'une grosse artère ouverte, d'une fémorale, etc.

A l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, tous les jeunes médecins de l'armée sont exercés à la pratique de cette opération comme à la recherche des artères.

M. TUFFIER. — M. Delorme vient d'avoir, pour expliquer nos divergences, un argument qu'il ne me plaît pas de laisser sans réponse. Des blessés adressés dans mon service passeraient de mes salles *à la salle des morts* sans que je m'en doute; c'est cette ignorance qui excuserait mon opinion. M. Delorme ignore complètement ce qui se passe dans nos services. Quel que soit le moment où un blessé y est admis, quel que soit le temps qu'il y ait séjourné avant sa mort, nous avons à notre entrée dans nos salles à signer une feuille de décès mentionnant un diagnostic, ce qui ne permet pas de laisser passer une seule de ces inhumations précipitées dont il nous parle. Son argument n'a donc aucune valeur.

Quant aux *soins insuffisants* qu'ils y recevraient, il faut, avant d'oser en parler, pouvoir d'abord citer un seul fait de mort par insuffisance de soins ou par retard dans leur application.

L'impossibilité de démontrer la bénignité des plaies de poitrine ne me paraît pas aussi complète que le pense M. Delorme; il faut tout simplement faire la statistique des différents services hospitaliers et savoir quand et comment ont succombé les malades. J'ai la conviction bien ferme que les résultats fournis par cette étude confirmeront l'opinion que j'ai défendue devant vous.

M. BROCA. — M. Delorme semble nous avoir dit qu'à un petit volet thoracique près, l'opération n'est guère plus difficile pour aller au hile du poumon que pour lier une fémorale. Je crois bon que cette assertion ne passe pas sans contradiction parmi nous.

M. KIRMISSON. — M. Delorme n'a pas bien traduit ma pensée. J'ai dit qu'avec M. Delorme il convient d'insister sur le caractère exceptionnel de l'intervention contre les plaies de poitrine.

Présentations de malade.

Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur. Opération économique. Guérison.

M. ROUVILLOIS. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui était porteur d'un épithélioma adamantin du maxillaire inférieur, que j'ai eu l'occasion d'opérer il y a quatre mois.

Voici en résumé son observation.

C..., jeune soldat, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 6 décembre 1910 dans le service de mon maître M. Sieur, qui veut bien me confier ce malade.

Aucun antécédent personnel ni héréditaire.

L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté vers le milieu de juillet 1910.

Il s'aperçoit, à ce moment, de la présence d'une petite tuméfaction dure, non douloureuse, siégeant à la face externe du maxillaire inférieur droit.

Cette tuméfaction augmente peu à peu de volume, et un mois après environ, le malade a la sensation qu'elle s'étend dans la bouche.

Dès ce moment, il remarque que la première molaire inférieure droite est mobile et semble implantée sur un coussinet élastique.

La tumeur augmente progressivement à l'extérieur et à l'intérieur sans provoquer la moindre douleur.

Les dents voisines deviennent peu à peu mobiles, et la lésion, au moment où je vois le malade pour la première fois, se présente sous l'aspect suivant, dont il est facile de se rendre compte d'après les dessins que je vous soumets :

Extérieurement, on constate, à la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit, la présence d'une tuméfaction diffuse siégeant au bord inférieur de l'os.

A son niveau, les téguments sont normaux et mobiles, et il est facile de se rendre compte que la tumeur fait corps avec le maxillaire qu'elle envahit dans sa totalité (face externe, bord inférieur et face interne).

Elle paraît englobée dans une gangue parcheminée qui se laisse déprimer à la face externe du maxillaire, où elle donne la sensation de pseudo-fluctuation.

L'angle de la mâchoire est libre ainsi que la symphyse.

Le doigt ne peut s'insinuer en dedans du maxillaire, dont la tuméfaction, au niveau de la région sus-hyoïdienne, va jusqu'à la ligne médiane.

Dans la bouche, toute la région alvéolaire correspondante est occupée par une tumeur, des dimensions d'une petite mandarine.

Elle empiète en dehors, dans le sillon gingivo-jugal qu'elle, remplit complètement en y revêtant l'aspect d'un volumineux abcès d'origine dentaire.

En dedans, elle occupe toute la partie droite du plancher qui affleure le plan du bord libre des dents.

Dans toute son étendue, elle donne au toucher la sensation de parchemin élastique, sauf en dehors, où on constate, à la partie moyenne de la tumeur gingivo-jugale, un point nettement fluctuant.

La muqueuse, qui la recouvre, est rouge, mais ne présente aucune ulcération.

Les dents de l'hémi-maxillaire inférieur droit sont normales et ont même un excellent aspect.

Aucune d'elles ne présente la plus légère trace de carie. Elles sont en partie cachées par un bourrelet de la muqueuse des gencives soulevée par la tumeur.

La canine, mais surtout les deux pré-molaires et les deux premières molaires, présentent une mobilité très grande et se laissent enfoncer

dans la tumeur en donnant la sensation très nette d'une touche de piano.

La dent de sagesse n'est pas encore sortie. Il est facile de se rendre compte, sur la radiographie que je vous fais passer, qu'elle était incluse dans la branche montante, où elle affectait une direction horizontale.

L'hémi-maxillaire inférieur gauche est sain et possède sa dent de sagesse.

Rien d'anormal aux deux maxillaires supérieurs.



Épithélioma adamantin.

(Reproduction d'une microphotographie de M. Rubenthaler.)

La langue et le voile du palais sont normaux. Les amygdales sont atrophiées. Aucune réaction ganglionnaire.

Aucune gêne de la mastication, de la déglutition, ou de la respiration.

État général excellent. Bon appétit. Pas d'amaigrissement.

Désireux, avant d'opérer, de connaître la nature exacte, et, si possible, le degré de malignité de cette tumeur, je pratique une biopsie au centre même de la tuméfaction gingivo-jugale. Je prélève ainsi un fragment blafard et grisâtre revêtant l'aspect macroscopique d'une néoplasie maligne.

L'examen histologique, pratiqué avec le plus grand soin par mon camarade Rubenthaler, permit de constater qu'il s'agissait d'un é

thélioma adamantin typique dont il a bien voulu faire les belles microphotographies que je vous fais passer.

Ce diagnostic histologique, tout en commandant une exérèse complète, autorisait néanmoins l'essai d'une résection économique que je décidai de faire par la voie buccale.

Opération le 17 décembre 1910. — Anesthésie générale. Avulsion préalable de l'incisive latérale droite.

Incision dans le sillon gingivo-labial, un peu en dehors du point où la biopsie avait été pratiquée, pour faire l'ablation complète du petit bourgeon muqueux suspect qui en était résulté.

Rugination de la face externe et de la face interne de la tumeur en ménageant la muqueuse, qui est saine dans toute son étendue.

Un coup de cisaille à la limite antérieure de la tumeur permet de mobiliser cette dernière et d'en faire l'ablation par morcellement, à la grosse curette et aux ciseaux courbes, avec toute l'arcade dentaire correspondante. A ce moment, j'aperçois la dent de sagesse profondément incluse et couchée horizontalement dans la branche montante du maxillaire inférieur : je l'enlève au davier, non sans peine.

Après la toilette de la plaie opératoire et le curettage minutieux de l'os jusqu'en tissu sain, j'ai la satisfaction de constater, contre mon attente, que le bord inférieur du maxillaire est encore représenté par une petite bandelette, grêle, il est vrai, mais suffisante pour assurer la continuité du squelette. La radiographie que je vous fais passer permet de vous rendre compte de la minceur de cette bandelette osseuse.

Les suites opératoires ont été simples.

Trois semaines après l'intervention la cicatrisation était complète et s'est maintenue dans l'état où elle se trouve actuellement.

Depuis quelques jours, le malade est pourvu d'un appareil de prothèse, confectionné par mon camarade Monod.

Cet appareil est parfaitement toléré.

Cette observation m'a paru intéressante au point de vue histologique, et au point de vue opératoire.

Au point de vue histologique, elle réalise le type de l'épithélioma adamantin tel qu'il a été décrit par Malassez.

Ces tumeurs, sans être rares, ne sont néanmoins pas très fréquentes.

Je vous rappelle que M. Morestin vous a présenté, en 1906, une malade opérée par lui, pour une affection de ce genre, et que l'étendue de la plaie l'a obligé à pratiquer une hémi-résection du maxillaire inférieur.

Les détails histologiques de la tumeur de mon malade sont analogues à ceux qui sont consignés dans la note que M. Lecène a rédigée à propos de la malade de M. Morestin (Rapport de M. Mauclaire, 27 mars 1907).

Comme vous pouvez le constater sur les microphotographies

que vous avez entre les mains, elle est constituée par un stroma conjonctif embryonnaire au milieu duquel se trouvent des boyaux épithéliaux formés par des cellules cylindriques très hautes, serrées les unes contre les autres, représentant les cellules de l'organe adamantin.

Au point de vue opératoire, j'ai, à l'exemple de M. Morestin, employé la voie buccale, et tout en dépassant, largement, les limites de la tumeur, je me suis contenté d'une opération économique qui m'a donné toute satisfaction. Nous savons aujourd'hui que ces tumeurs sont relativement bénignes. C'est d'ailleurs pourquoi on a proposé d'abandonner le terme d'épithélioma pour le remplacer par celui d'adamantome.

Quoi qu'il en soit de leur appellation, la biopsie préalable me paraît une précaution utile pour les cas douteux.

L'examen histologique démontre-t-il qu'il s'agit d'une néoplasie maligne? Une large intervention par voie externe s'impose et le pronostic en est toujours réservé.

S'agit-il au contraire d'une tumeur adamantine? Une opération économique suffit comme chez mon malade, auquel j'ai pu, tout en faisant une exérèse complète, éviter les inconvénients d'une opération mutilante et d'une prothèse toujours longue et difficile.

M. Walther. — Je tiens à appuyer ce que vient de nous dire M. Rouvillois et à le féliciter du très bon résultat qu'il a obtenu chez le malade qu'il nous présente.

Je crois que la résection partielle du maxillaire inférieur, avec conservation d'une bande même très mince du bord inférieur, peut donner d'excellents résultats.

J'ai revu tout récemment une jeune femme dont je vous ai déjà parlé ici, et que j'avais opérée en 1901 pour un sarcome à petites cellules du bord alvéolaire, récidivé, et envahissant largement le corps de l'os. J'ai pu réséquer en gardant une simple lame du bord inférieur. Il n'y a pas eu de récidive, et le résultat est parfait, malgré la minceur primitive de la lame osseuse de soutien qui me donnait quelques craintes pour la solidité. Cette lame semble, avec le temps, s'être peu à peu épaissie. En tout cas, il n'y a pas eu de fracture. Le maxillaire est solide, et la guérison se maintient sans trace de récidive depuis plus de dix ans.

Ankylose du coude. — Résection économique du coude, réalisation d'une néarthrose serrée au moyen de l'interposition d'une lame cellulo-adipeuse prise à la cuisse.

M. Chaput. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'une ankylose du coude gauche à angle droit, consécutive à une tumeur blanche suppurée du coude qui a été traitée et guérie par l'immobilisation plâtrée sous bande de Bier et injection d'éther dans les trajets fistuleux.

Le malade est venu cette année me demander de lui rendre les mouvements de son coude ankylosé à angle droit.

Le 16 *mars* 1911, j'ai pratiqué sous chloroforme une résection économique des trois os du coude.

J'ai fait ensuite sur la cuisse gauche une grande incision à lambeau. J'ai disséqué la peau de très près, puis j'ai enlevé la lame cellulo-adipeuse sous-cutanée en serrant de près l'aponévrose de la cuisse. J'ai obtenu un fragment de tissu cellulo-adipeux large comme la paume et épais d'un demi-centimètre.

Sans perdre de temps, j'en ai coiffé l'extrémité de l'humérus et j'ai suturé ce lambeau aux muscles et aux parties molles voisines par des points séparés au catgut, placés sur le brachial antérieur, sur le biceps et sur les parties molles latérales.

J'ai alors suturé la peau sans drainage. Réunion immédiate. Le membre a été immobilisé pendant quinze jours au moyen d'une attelle en fil de fer.

A partir de ce moment, on a fait des pansements tous les quatre jours, en changeant à chaque fois la position du membre. Au bout d'un mois, le membre a été laissé libre et le malade s'est mobilisé lui-même.

Actuellement, la flexion et l'extension sont à peu près normales et la mobilité latérale est minime. Tout fait espérer que, dans quelques mois, le résultat fonctionnel sera satisfaisant.

La simplicité de cette technique peut être mise en parallèle avec les difficultés de l'interposition musculaire et avec celles de la greffe cartilagineuse, si intéressante d'ailleurs, de mon ami Tuffier.

Arthrite blennorragique suppurée de l'épaule chez une femme enceinte. Arthrotomie. Guérison avec conservation de tous les mouvements.

M. H. Morestin. — Adrienne M..., âgée de vingt-quatre ans, est entrée dans mon service le 5 janvier 1911, pour une arthrite

scapulo-humérale du côté droit. Elle était en même temps enceinte de huit mois environ, et sa grossesse était normale.

Elle présentait en outre un écoulement vaginal jaune verdâtre, très abondant et fort épais, offrant au plus haut degré l'apparence blennorragique.

La malade s'était aperçue, depuis un mois environ, de ces pertes coïncidant avec l'apparition de démangeaisons et d'une cuisson très vive au moment de la miction.

Presque aussitôt, elle fut prise de courbature, de lassitude, de douleurs dans les genoux, puis dans l'épaule droite.

Les jointures des membres inférieurs ne furent qu'effleurées, pour ainsi dire, et la maladie se fixa promptement sur la seule articulation scapulo-humérale droite. Il n'y eut, paraît-il, de fièvre à aucun moment. Nous-même n'en avons pas constaté pendant la période où elle est demeurée en observation dans notre salle.

Le symptôme dominant était la douleur, qui privait la malade de tout repos et que réveillait le plus léger mouvement. Aussi la pauvre femme était-elle sans cesse préoccupée d'immobiliser le bras droit en tenant presque constamment, dans sa main gauche, le coude du côté opposé.

Toute la région de l'épaule était empâtée et douloureuse à la pression, en avant, en dessous, en arrière, aussi bien que vers le creux de l'aisselle. Le sillon delto-pectoral était effacé. Le bras ne pouvait être mis au contact du tronc.

A la partie antérieure du bras, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, se dessinait une petite voussure au niveau de laquelle les téguments offraient une coloration d'un rose vif. On percevait là une fluctuation des plus nettes. Il était évident que cette collection était migratrice, qu'elle provenait de l'articulation sus-jacente et qu'elle avait suivi pour se porter là le tendon de la longue portion du biceps. Une ponction aspiratrice permit de retirer du pus jaune verdâtre épais, dont notre collègue Menetrier fit très soigneusement l'examen, et où il trouva du gonocoque à l'exclusion de tout autre microbe.

Le 10 janvier, je pratiquai une large arthrotomie. Je fis sur la partie antérieure du moignon de l'épaule une grande incision verticale allant depuis l'acromion jusqu'au point le plus déclive de la collection brachiale. Je sectionnai les fibres antérieures du deltoïde et coupai partiellement le tendon du grand pectoral. La coulisse de la longue portion du biceps fut exposée; elle était pleine de pus où flottaient les débris de ce tendon mortifié et dissocié.

La capsule fut largement ouverte à sa partie antéro-supérieure. La synoviale était également toute remplie de pus.

Je pratiquai deux contre-ouvertures, l'une en arrière, transdeltoïdienne, au-dessous du point où l'épine de l'omoplate se transforme en acromion, l'autre dans l'aisselle, en arrière des pectoraux, et je plaçai plusieurs drains, dont le plus volumineux traversait l'articulation d'avant en arrière, en passant entre la tête et l'acromion.

Pendant plusieurs jours la malade continua à éprouver de vives souffrances. Au bout d'une semaine elles avaient cessé complètement. L'état local allait d'ailleurs s'améliorant sans cesse. Les drains avaient pu être raccourcis, puis retirés, et bientôt il ne resta plus que la plaie antérieure en voie de cicatrisation.

Bien entendu on avait d'autre part traité efficacement la vulvo-vaginite par des soins appropriés.

Le 30 janvier, la malade accoucha sans encombre d'un garçon très bien constitué, et les suites de l'accouchement furent des plus heureuses.

Le 9 mars, Adrienne M... quitta l'hôpital parfaitement guérie. Je ne lui avais appliqué aucun appareil d'immobilisation. A partir du moment où les douleurs ont cessé, je lui ai laissé toute liberté de se servir du membre malade dans la mesure où elle le pouvait. Avant même que la plaie ne fût fermée, on a commencé à la masser régulièrement et à mobiliser avec patience et douceur la jointure opérée.

Progressivement la malade a été entraînée à faire des mouvements de plus en plus étendus. Cette surveillance attentive a contribué sans aucun doute au résultat obtenu. Notre jeune malade a en effet déjà récupéré tous les mouvements de l'épaule jusque dans l'amplitude normale. Elle peut mettre sans effort la main sur sa tête, sur l'épaule du côté opposé, derrière son dos, elle exécute très convenablement le mouvement d'abduction. Elle a d'ailleurs recommencé à travailler ; elle est domestique et occupée du matin au soir. Elle ne souffre en aucune façon. Détail intéressant : malgré la destruction du tendon de la longue portion du biceps, la puissance de ce muscle ne paraît guère amoindrie, et la flexion de l'avant-bras s'exécute aussi aisément et avec autant de force qu'auparavant.

Nous insistons sur l'évolution subaiguë, apyrétique même, de cette arthrite suppurée d'une grande articulation. Non seulement la jointure était pleine de pus, mais encore il y avait des fusées du côté du bras, de l'aisselle et de la fosse sous-épineuse.

De plus, ce cas montre une fois de plus que le gonocoque n'a besoin d'aucun microbe surajouté pour déterminer la suppuration articulaire.

Il convient encore de faire remarquer que la grossesse n'a été

en rien influencée ni par cette affection grave, ni par l'importante opération qu'elle a nécessitée, et enfin d'insister sur la restauration fonctionnelle si parfaite, obtenue chez cette malade.

Je dois ajouter que les arthrites blennorragiques suppurées sont les seules qui sont, à mon avis, justiciables d'interventions sanglantes.

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire au cours d'une grossesse.

M. H. Morestin. — Les péritonites évoluant au cours de la grossesse ne diffèrent pas assurément de celles qui surviennent en dehors de la gravidité, mais il n'en est pas moins vrai que la présence de l'utérus gravide crée des conditions tout à fait particulières au point de vue du traitement, et que les suites de l'intervention méritent notre attention d'une façon toute spéciale. Je rapporterai donc l'observation d'une jeune femme opérée au cours d'une grossesse, d'autant plus volontiers que j'ai pu la suivre attentivement jusqu'à la terminaison heureuse d'une grossesse ultérieure.

Mme Mélanie L... est entrée le 12 juin 1909 dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit 21.

Elle avait été prise le 9 juin de douleurs dans la fosse iliaque droite, de nausées, de vomissements. Au moment de son entrée, ces phénomènes s'étaient calmés et il semblait qu'elle dût avoir seulement une crise légère d'appendicite. Comme elle était au sixième mois d'une grossesse, la première, qu'elle souhaitait ardemment la mener à bonne fin, et qu'il n'y avait dans son état rien d'alarmant (bon pouls, température presque normale), je ne crus pas devoir proposer une opération immédiate.

Le lendemain 13, la situation semblait s'être améliorée encore.

Mais, dans la nuit du 13 au 14, la situation se modifia très brusquement. La malade fut reprise de douleurs vives s'irradiant dans toute l'étendue de l'abdomen et de vomissements répétés.

Le 14 au matin je la trouvai dans un état fort inquiétant. Le pouls était à 120, alors que la température ne dépassait pas 37 degrés.

Le ventre était ballonné, partout douloureux, et les muscles de la paroi se contractaient à la plus légère pression. Le facies était déjà fort altéré et il suffisait de regarder la pauvre femme pour lire sur son visage la gravité du pronostic.

Tout de suite je décidai d'intervenir. Je pratiquai au niveau de la fosse iliaque droite une incision oblique, un peu en dehors du

bord externe du muscle droit. Je donnai issue à une très grande quantité de pus jaune clair.

Dans la plaie se montra aussitôt la trompe droite congestionnée et rouge, mais saine, et l'ovaire volumineux, entouré de fausses membranes. Je recherchai alors l'appendice, et cette recherche fut contrariée par la présence de l'utérus qui remontait jusqu'à l'ombilic. L'appendice était allongé sur le bord interne du psoas légèrement adhérent. Il était perforé au voisinage de son extrémité libre et contenait une boulette fécale.

L'appendice fut réséqué et son moignon enfoui dans la paroi cæcale.

Mais de partout je voyais sourdre du pus filtrant entre l'utérus gravide et la paroi, entre les anses intestinales, venant du bassin, de la région lombaire. Je pratiquai alors du côté gauche une contre-ouverture au-dessus de la crête iliaque. Cette incision permit encore d'évacuer une grande quantité de pus. Il n'y avait aucun doute sur l'existence d'une péritonite diffusée à tout l'abdomen.

Je plaçai six drains, trois à droite, trois à gauche, et tamponnai simplement les plaies avec de la gaze.

Contrairement à tout ce qu'on pouvait craindre, les suites furent promptement rassurantes. Il n'y eut plus de vomissement. Le lendemain, le pouls était à 112 et le surlendemain à 100. La malade nous paraissait dès le troisième jour à peu près hors de danger.

De fait, on put retirer les drains très rapidement, et les plaies elles-mêmes se cicatrisèrent régulièrement et avec une rapidité relative.

L'enfant n'avait pas cessé de remuer et l'on pouvait espérer que la grossesse continuerait sans encombre. Elle continua, en effet, mais ne put aller à terme. Le 19 juillet, cinq semaines par conséquent après l'opération, la malade accoucha prématurément d'un enfant très petit qui vécut seulement quelques heures.

Elle se rétablit vite et pendant les suites de couches les plaies achevèrent de se cicatriser.

Pour la plaie du côté gauche, qui était de faible étendue, la réparation fut très satisfaisante. Mais celle du côté droit était beaucoup plus longue, elle avait mis plus de temps à se réparer.

La distension de la paroi par la grossesse continuant son évolution avait contribué à rendre la réparation défectueuse. Il se produisit donc à ce niveau une éventration. Elle était peu volumineuse, mais gênait considérablement la malade, et il fallut songer bientôt à réparer cette brèche pariétale.

C'est ce que je fis le 30 avril 1910. Dans le sac très mince de

cette éventration, outre l'épiploon, je trouvai l'ovaire et la trompe, très haut fixés au-dessus de la crête iliaque.

Ces annexes étaient séparées de l'extérieur par une pellicule cicatricielle. Elles étaient entourées d'adhérences, mais, en somme, saines. Aussi, après les avoir disséquées et libérées, je les réintégrai dans le bassin. Puis la paroi fut reconstituée dans ses plans successifs.

Les suites furent bonnes, et la malade nous quitta guérie au bout d'une vingtaine de jours.

Depuis, elle est devenue enceinte à nouveau, et elle a eu une grossesse excellente. Elle a accouché il y a dix jours d'un enfant magnifique, et la paroi abdominale a fait à cette occasion la preuve de sa solidité.

On remarquera que, dans le traitement d'une péritonite généralisée chez une femme grosse, il est impossible d'avoir utilement recours à aucune des positions qui ont été récemment recommandées pour faciliter le drainage.

Les manœuvres intra-abdominales, même les plus strictement indispensables, comme l'ablation de l'appendice malade, sont contrariées et rendues difficiles par la présence de l'utérus gravide.

Un point particulier assez curieux est la présence des annexes dans l'éventration latérale et leur adhérence à la cicatrice bien au-dessus de la crête iliaque, ce qui n'est réalisable que justement après une opération faite au cours de la grossesse.

En tout cas, je pense que dans l'appendicite survenant au cours d'une grossesse, la grossesse est une indication de plus pour décider rapidement l'intervention, alors même que la crise semblerait d'allure bénigne.

Cancer du col et grossesse.

M. H. Morestin. — Cette jeune femme a été opérée par moi d'un cancer du col utérin, alors qu'elle était enceinte de trois à quatre mois. La lésion avait pris naissance au niveau de la lèvre postérieure et commence déjà à envahir le cul-de-sac postérieur. J'ai pratiqué par voie abdominale l'ablation de cet utérus cancéreux et gravide, en ayant soin de réséquer le tiers supérieur du vagin. J'ai dû, en outre, dans la journée, pour remédier à un suintement hémorragique continu qui mettait la malade en péril, pratiquer la ligature des deux hypogastriques.

Je ne veux pas relater ici dans les détails l'observation qui a été publiée dans les bulletins de la Société anatomique (24 juin 1910). Je veux seulement vous montrer la pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren, et aussi la malade qui, opérée le 15 mars 1910, se trouve aujourd'hui après plus de treize mois dans l'état le plus satisfaisant.

La santé générale est magnifique et l'examen le plus minutieux ne permet pas de trouver le plus petit point suspect au niveau de la cicatrice vaginale. Aussi n'ai-je aucun regret d'avoir supprimé le fœtus vivant. Dans le cas de cancer sur utérus gravide, si la femme est observée dans les premiers mois de la grossesse, du moment que l'opération est réalisable avec quelque chance de succès thérapeutique, je pense qu'il faut se préoccuper exclusivement des intérêts de la mère.

Lecture.

Rétrécissement congénital de l'urètre.

M. Louis Bazy lit une note sur un cas de rétrécissement congénital de l'urètre chez un enfant de six ans et demi. Rétention incomplète. Incontinence nocturne et diurne d'urine. Dilatation rétro-stricturale de l'urètre ayant permis l'engagement d'un gros calcul. Urétrotomie externe. Guérison, présentation du malade, par M. le Dr Louis Bazy.

Le travail de M. Louis Bazy est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

Élections.

Commission de trois membres chargés d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

Nombre de votants : 18.

Ont obtenu :

MM. Chaput. . . . . 18 voix. Élu.
Jacob. . . . . 18 voix. Élu.
Tuffier . . . . 17 voix. Élu.
Michaux . . . . 1 voix.

La Société se constitue en comité secret.

Le Secrétaire annuel,
E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 MAI 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une brochure de M. L. LEWIN (de Berlin), intitulée : *Das toxische Verhalten von metallischen Blei und besonders von Bleigeschossen in thierischen Körper*, avec 5 figures dans le texte.

3°. — Une note de M. le Dr GAUDIER (de Lille), membre correspondant, intitulée : *Traitement des divisions congénitales du voile et de la voûte palatine par la méthode autoplastique de Arbuthnot Lane.* (Voir page 586.)

4°. — Une note de M. le Dr GUILLOT (du Havre), intitulée : *Résultats à longue échéance de l'emploi des agrafes dans les sutures des fractures obliques de jambe.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

5°. — M. le professeur H. TILLMANNS (de Leipzig) fait hommage à la Société d'un ouvrage en trois volumes intitulé : *Lehrbuch der algemeinen und speziellen Chirurgie* (11e édition).

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse à M. le professeur Tillmanns les remerciements de la Société de Chirurgie.

6°. — M. Kirmisson. — Je dépose sur le bureau une note de M. le Dr Abadie, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Oran, intitulée : *Autoplasties dans un cas de difformité grave par soudure de la main à l'avant-bras, à la suite de brûlures anciennes.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

Communications.

Traitement des divisions congénitales du voile et de la voûte palatine par la méthode autoplastique Arbuthnot Lane,

par M. le Dr GAUDIER, membre correspondant.

Il semble, à l'heure actuelle, en France, que la méthode la plus employée pour la cure des divisions du voile du palais et de la voûte palatine soit le procédé de Baizeau-Langenbeck, avec les quelques variantes de détail que chaque chirurgien peut y introduire dans ses différents temps d'avivement des lèvres de la fissure, d'incision libératrice et décollement des lambeaux, de mobilisation des lambeaux et de leur suture. La technique en a été donnée, d'une façon que je considère comme définitive, par A. Broca; nous avons tous obtenu ainsi des résultats opératoires et éloignés, et pourtant, à mon avis, tout n'est pas encore pour le mieux dans le meilleur des résultats obtenus, et ce qui cloche le plus après la guérison opératoire et le plus longtemps, ce sont les troubles phonétiques, qui, chez certains sujets, s'améliorent assez vite, il est vrai, mais le plus souvent, malgré des traitements bien conduits, s'éternisent, et ne s'amendent que partiellement. Comme le disait Delbet à cette Société : « Qu'on opère les enfants très jeunes, qu'on les opère entre cinq et sept ans, il y aura toujours des opérés qui parleront bien, d'autres qui parleront mal. »

C'était là l'opinion de Trélat, que résume la proposition de Delbet, mais avant Trélat, Passavant (de Francfort) avait, pour remédier à ces troubles de la parole après l'opération, imaginé des interventions complémentaires pour allonger le voile, le souder à la paroi pharyngienne postérieure... Il avait aussi remarqué que les malades qui parlaient le mieux étaient ceux dont le palais osseux était le mieux conformé; après lui, Ranzi et Sultan, pour expliquer les insuccès observés, avaient invoqué l'âge de l'enfant qui, opéré trop tard, avait besoin d'une volonté trop forte pour parvenir à la rééducation. Cette importance qu'à

l'étranger, et particulièrement en Angleterre et aux États-Unis, on attache à l'âge de l'intervention ne paraît pas avoir en France été considérée comme ayant une réelle valeur, et si tous les opérateurs n'attendent pas l'âge de cinq à sept ans pour intervenir, peu, que je sache, opèrent au-dessous de deux ans, et pas un dans les premiers jours de la naissance. A ce dernier point de vue l'on est resté très sceptique et, depuis la critique de l'opération de Brophy par Sebileau, il semble que l'étude des procédés modernes de réparation des divisions du palais ait peu intéressé les chirurgiens français.

Et pourtant il est un procédé, celui de Lane, qui a été universellement adopté en Angleterre et en Amérique, qui diffère complètement des méthodes employées en Franse, non seulement par une technique particulière, mais encore parce que son auteur l'exécute et recommande de l'exécuter dans la première semaine après la naissance, et mieux le premier jour, si l'enfant ne présente pas, de par sa santé, des contre-indications formelles : bronchite, diarrhée, éruptions diathésiques...

C'est en 1902 que Lane, chirurgien au Guy's Hospital, a décrit pour la première fois sa technique (1); en 1908, il la compléta avec des indications pour les cas spéciaux (2).

Cette affirmation de Lane, que le meilleur moment pour opérer une division congénitale était le premier jour après la naissance, n'a pas été sans soulever des critiques nombreuses que Lane et d'autres ont essayé de combattre et de réfuter.

Les principales objections faites aux opérations précoces ont été :

1° Le peu de résistance des nouveau-nés à l'hémorragie, toujours assez considérable dans l'urano-staphylorraphie;

2° La facilité avec laquelle ils succombent aux infections d'origine buccale;

3° Les statistiques mauvaises, par conséquent, chez les opérés précocement; par exemple celle de Julius Wolf : 7,5 p. 100 chez des enfants au-dessous de six ans, 13,8 p. 100 chez ceux âgés de moins de six mois.

Voici les arguments qu'invoquent au contraire en faveur de l'intervention précoce Garretson, Brophy, Lane et d'autres. Quelques-unes de ces raisons sont déjà connues :

L'enfant pèse plus juste après la naissance que les jours suivants.

Sa résistance n'a pas été diminuée du fait de la respiration de

(1) *Lancet*, 1902, vol. I, p. 432, 498, 619, 34 fig.
(2) *Lancet*, 1908, vol. I, p. 6, 19 fig.

l'air froid à travers une bouche dont le toit est absent en partie ou en totalité.

Les os sont mous; l'impression de la douleur est moins aiguë; l'enfant n'a pas appris à parler avec un organe défectueux.

Après l'opération immédiate, les muscles du voile du palais se développent au lieu de s'atrophier, et le passage de l'air à travers les fosses nasales contribue par sa pression à développer le naso-pharynx.

Après l'opération précoce, la croissance de la cloison pousse graduellement le nez en avant.

Lane insiste particulièrement sur les points suivants : il a observé que l'enfant opéré pendant la première semaine supporte très bien l'anesthésique, qui ne le rend presque pas malade; il crie rarement, et une heure ou deux après accepte sa nourriture avec une satisfaction évidente.

Le fait que l'enfant a en général très bien supporté le passage à travers la filière génitale qui constitue un acte souvent brutal, montre qu'il peut avoir pour les traumatismes une tolérance plus grande qu'à un âge plus avancé.

L'hémorragie pour une opération ordinaire est moyenne, et l'enfant la supporte mieux qu'à une période plus lointaine. B. D. Meyers, d'Indiana University, a, par des expériences sur le apin et le cobaye, démontré que la résistance aux traumatismes à l'hémorragie était plus grande chez eux le premier jour près la naissance que les jours suivants; ainsi, chez un lapin de douze heures, on peut pratiquer l'énucléation de l'œil, sans anesthésie, sans perception apparente de douleur, et avec succès; tandis que, à vingt heures, une telle opération entraînait fatalement la mort de l'animal.

Il a aussi noté que le cœur d'un lapin de douze heures continuait à battre une heure à une heure et demie après la mort, tandis que chez un lapin de vingt-quatre heures il cessait de battre immédiatement.

Meyers appelle aussi l'attention sur ce fait qu'immédiatement après la naissance la sensibilité paraît être imparfaite, comme si les nerfs étaient alors de mauvais conducteurs, et l'acide osmique ne colorerait pas en noir les cylindres-axes dans les quatorze premières heures après la naissance. Ceci pourrait conduire à penser qu'il existe une grande différence dans la vitalité et la sensibilité chez un enfant d'un jour et un autre plus âgé; en tout cas ces faits auraient une réelle importance, s'ils étaient démontrés péremptoirement, en faveur de l'opération précoce.

Lane attache une grande importance à l'intervention précoce en raison du développement post-opératoire du naso-pharynx sous

l'influence du passage de l'air dans les fosses nasales; non seulement le naso-pharynx mais encore les os voisins bénéficient de cette aération, ainsi que la musculature du palais qui se développe : toutes conditions pour remédier aux troubles de la parole qui persistent, même après fermeture de la division, surtout chez les sujets opérés tardivement.

Après l'opération, pendant deux jours environ, il nourrit l'enfant par la voie rectale : lait stérilisé coupé d'eau.

Si l'hémorragie a été considérable, quoique avec son procédé la perte de sang soit infiniment moindre que par les autres, et en particulier celui que nous employons en France, il pratique pendant deux ou trois jours des injections rectales de sérum physiologique tiède. Personnellement je n'ai jamais eu besoin de recourir à ces injections et Lane y a actuellement renoncé.

Comme indications opératoires, Lane retient seulement l'état général de l'enfant; il n'opère que ceux dont la vitalité lui paraît suffisante, et qui ne présentent pas de troubles locaux ou généraux incompatibles avec la réussite d'une intervention. Le matériel instrumental qu'emploie Lane n'est pas indifférent à connaître, car il me paraît absolument indispensable à la bonne réussite de l'opération suivant son procédé; il pratique l'anesthésie au chloroforme et oxygène, et l'anesthésique seul, ou le gaz ou le mélange des deux est envoyé par le moyen d'une soufflerie dans un tube recourbé (que l'aide préposé au chloroforme tient d'une main, l'autre faisant fonctionner la poire de la soufflerie), qui se place dans la bouche le long de la joue qu'il écarte. L'anesthésie est en général commencée à la compresse, mais dès le début de l'opération on n'emploie plus que l'appareil décrit précédemment qui est de Buxton, modifié par Junker, et qui permet une anesthésie continue. Tout l'art de l'anesthésiste consiste à donner alternativement chloroforme ou oxygène contenu dans un récipient métallique sous pression. Pour maintenir les mâchoires écartées, Lane se sert de deux écarteurs à ressort qui ne tiennent aucune place et sont munis de griffes qui pénètrent dans les gencives et ainsi ne peuvent déraper; ces « gags » s'enlèvent très facilement et un seul que l'on peut changer de côté suffit pour maintenir l'écartement de la bouche.

Le porte-aiguille que Lane emploie est très ingénieux; il est mince, long et ne peut rien masquer; il tient suffisamment les aiguilles, très courbes, très minces, très petites, à chas suffisamment large pour pouvoir être enfilées facilement et pourtant très solides; les fils sont de soie très fine portant une aiguille à leurs deux extrémités. Les pinces à griffes sont longues, très maniables; le reste du matériel n'a rien de particulier.

Supposons maintenant le cas d'un enfant porteur d'une division complète bilatérale sans bec-de-lièvre, et âgé de quelques semaines; enveloppé très chaudement et bien maintenu, il est couché sur un matelas de caoutchouc rempli d'eau chaude; le chirurgien se place à la tête, qui est en position de Rose, le cou reposant sur un coussin arrondi; l'anesthésiste est à gauche, l'autre aide à droite. Les instruments, tampons préparés d'avance, aiguilles enfilées et déposées de telle sorte qu'elles puissent être prises facilement, sont sur une table à droite de l'opérateur, qui peut les saisir sans mouvements exagérés.

L'anesthésie obtenue à la compresse est continuée au tube; la langue est attirée hors de la bouche, un fil est passé dedans, noué en anse; l'aide la tiendra dans un doigt recourbé.

Les écarteurs sont placés; l'opérateur procède alors à la taille des lambeaux; à sa gauche, et avec un bistouri court, il dessine un lambeau dont le tracé commence à l'extrémité antérieure de la fente palatine, remonte en avant, un peu obliquement jusqu'au rebord alvéolaire qu'il franchit, puis, revenant en arrière, suit ce rebord alvéolaire, parallèlement, mais sur la face jugale, jusqu'au niveau de la luette environ. Là, il tourne franchement, franchit perpendiculairement le rebord alvéolaire ou en contourne la saillie postérieure et se dirige vers la luette en suivant le bord libre postérieur du voile jusqu'à la pointe de la luette; ce dernier temps est facilité par l'aide qui, saisissant la luette dans une pince et la tendant, exposera mieux le voile; ce vaste lambeau sera alors disséqué, au bistouri, sur le rebord alvéolaire et sur le palais membraneux, décollé avec la rugine de Trélat sur la partie osseuse du palais, de manière à obtenir une pièce bien étoffée qui pivotera autour du bord de la division; c'est vraiment là le temps un peu délicat de l'opération, surtout pour la partie du voile membraneux où il ne faut pas perforer; mais avec des ciseaux courbes et un peu d'habitude, on arrive très vite à bien disséquer le lambeau. Il faut surtout se garder d'entamer le bord autour duquel il pivotera et où abordent les vaisseaux venant de la face nasale qui assureront la nutrition.

Au cours de la taille des lambeaux, on fera l'hémostase soit par compression, soit en pinçant momentanément les vaisseaux avec une forte pince hémostatique genre Terrier.

Le second temps consiste à aviver le droit de la fente depuis l'extrémité antérieure jusqu'à la moitié environ du voile membraneux; on décolle ensuite, soit avec la rugine de Trélat, soit avec le bistouri, les ciseaux ou tout autre instrument, les tissus sur une profondeur de 1 centimètre à 1 cent. 1/2; le décollement est plus facile à exécuter sur le palais osseux que sur le palais mem-

braneux, où il se pratique très prudemment. Après hémostase, l'opérateur, d'une pince tenue dans la main gauche, saisit l'extrémité de la luette droite, la tend de manière à exposer la face nasale du voile du palais membraneux; alors, du bistouri tenu de la main droite, il incise le long du bord postérieur du voile de la pointe de la luette jusqu'à l'insertion latérale du voile, puis, de là, rejoint sur la face nasale du voile le point de la fente où s'est arrêté l'avivement. Cette incision, difficile à faire pour la première fois, est simplement muqueuse; sans quitter la pince, on remplace le bistouri par un ciseau courbe et on dédouble le voile membraneux prudemment, de manière à faire un lambeau triangulaire qui pivotera après libération autour du bord libre de la fente; ce lambeau étalé aura l'avantage d'agrandir la partie postérieure du voile membraneux; sa face nasale, qui deviendra alors buccale, sera muqueuse; au contraire, l'autre grand lambeau, taillé à gauche, aura sa face buccale cruentée après retournement.

Il est facile de voir après la dissection de ces lambeaux combien ils sont suffisants et combien peu ils tirailleront.

Reste la suture; les lambeaux étant bien disposés, un fil est passé à l'extrémité du lambeau gauche, près de son bord libre, et le plus en avant possible; une des deux aiguilles qui sont à l'extrémité du fil est alors engagée dans la muqueuse décollée à droite, le plus en avant possible et le plus loin; l'autre aiguille est passée de la même manière, mais à 3 millimètres en arrière. Une traction sur les deux fils réunis permet, en s'aidant d'une pince, d'engager le grand lambeau gauche sous le décollement de droite; on sert alors les fils à fond, ce qui fait un point en U. On continue ensuite le long du bord du lambeau jusqu'à ce qu'on ne puisse plus introduire le lambeau sous les tissus décollés. Alors, par une nouvelle rangée de sutures, on réunit le bord libre des tissus décollés à droite au lambeau de gauche, en prenant l'épaisseur de ce lambeau; cela crée une adhérence complète et solide, une véritable rangée de points d'appui. On termine l'opération en faisant passer le petit lambeau triangulaire de droite taillé sur la face nasale du voile membraneux et qui l'élargit au-dessus de l'extrémité postérieure du lambeau gauche; et on les fixe l'un à l'autre par deux rangées de sutures. Le bec-de-lièvre s'opère dans la même séance.

Tel est, aussi simplement et aussi clairement décrit que possible, ce qui n'est pas facile, le procédé, ou plutôt un des procédés, qu'emploie Lane pour réparer les fentes congénitales du palais. Ce procédé type se modifie, en effet, suivant les cas et la taille des lambeaux s'adapte aux circonstances; pourtant ce sont toujours les mêmes principes qui dirigent l'autoplastie; faire des lambeaux

le plus larges possible et les adapter non pas bord à bord, mais surfaces à surfaces; les maintenir par des rangées de sutures doubles.

Le procédé s'applique surtout aux jeunes enfants parce que l'absence de dents favorise la taille de lambeaux très vastes; pourtant il s'applique aussi aux malades plus âgés, et nous lui devons personnellement de beaux succès dans des cas où, en raison de l'âge des enfants et des dimensions de la fente, toute autre méthode aurait presque sûrement échoué. Dans ces cas tardifs, on se contente de raser le bord alvéolaire le plus près possible des dents; mais si les lambeaux sont moins larges la dissection en est aussi plus facile que chez le jeune enfant.

Comme soins consécutifs, Lane en prend peu, chez les nourrissons du moins; il les rend à leurs mères, qui leur donnent le sein le même jour. Ce qui est étonnant, c'est de voir combien ils supportent facilement des traumatismes aussi considérables.

Cet article, forcément incomplet, n'a pour but que d'attirer l'attention sur un procédé presque inconnu en France, auquel nous devons de beaux succès et dont on trouvera ultérieurement, dans la thèse de notre interne Durant, toute la technique et les résultats opératoires.

De la dérivation urinaire ou exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie,

par M. le Dr WILLEMS,
Professeur agrégé à l'Université de Gand, chirurgien de l'hôpital La Biloque.

Dans la séance du 19 octobre de l'année dernière, notre collègue M. Legueu nous a communiqué une observation d'exclusion vésicale qu'il avait pratiquée pour tuberculose grave de la vessie, en implantant l'uretère dans le côlon pelvien, opération qui avait eu pour résultat de faire cesser immédiatement et complètement le ténesme douloureux dont souffrait le malade. A cette occasion, M. Legueu a bien voulu me reconnaître la priorité de cette nouvelle opération, ce dont je tiens à le remercier.

J'ai, en effet, pratiqué le 22 octobre 1909 la néphrectomie droite et la fistulisation lombaire du rein gauche, chez un homme qui souffrait depuis cinq ans d'une tuberculose vésicale qui l'avait réduit au dernier degré de la cachexie (1). Chez cet homme, qui

(1) Willems. Contribution au traitement des formes graves de la tuberculose vésicale. *Bull. de l'Académie royale de méd. de Belgique*, séance du 26 mars 1910.

avait un ténesme incessant et n'avait plus de repos depuis neuf mois, j'ai vu disparaître du jour au lendemain tous les symptômes douloureux, et lorsque je l'ai présenté à l'Académie de médecine de Belgique, cinq mois après l'opération, son état général était devenu excellent, et il avait gagné plus de 20 kilogrammes en poids.

C'est la suite de son histoire que je désire vous communiquer.

Ce malade avait une fistule vésicale hypogastrique et une fistule périnéale, reliquats de plusieurs opérations qu'on lui avait faites antérieurement. Or, à partir du jour où ses urines furent dérivées et où la vessie se trouva ainsi mise au repos complet, je vis ces fistules se rétrécir, donner de moins en moins de sécrétion et finir par se fermer complètement, et cela sans qu'aucun traitement direct fût nécessaire. Lorsque les fistules furent taries, le malade évacua encore de temps à autre par l'urètre quelques gouttes de pus, puis tout écoulement urétral cessa également.

Le fonctionnement de sa fistule urinaire ne laissa rien à désirer. A de rares intervalles, elle éliminait quelques concrétions d'apparence calcaire et, dans les derniers temps, de petits abcès se firent jour, soit à travers le pertuis, soit à côté.

Le 1er janvier, notre malade fit des libations copieuses et prit un refroidissement. A partir de ce moment, il garda la chambre, eut de l'oppression, de la toux et des poussées de fièvre, sans signes de tuberculose pulmonaire. La dyspnée devint de plus en plus intense à mesure que le débit de la fistule diminuait; il survint du délire, puis du coma, et le malade mourut le 22 janvier 1911, succombant à ces symptômes urémiques. Il s'était écoulé quinze mois depuis l'opération.

Je ne pus malheureusement pas faire l'autopsie complète, et je dus me borner à enlever rapidement le rein et la vessie.

Le rein, très adhérent de tous côtés et au moins doublé de volume, était réduit à l'état d'une éponge purulente. D'innombrables cavités remplies de matières caséeuses et de pus, et séparées par des cloisons d'apparence conjonctive, avaient pris la place du parenchyme, dont on ne voyait plus trace.

Pour la vessie, je dus me contenter de la couper au ras de la prostate, en enlevant en bloc avec elle toute la paroi hypogastrique, peau, muscles, péritoine et tissu de la région prévésicale. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le petit volume de cette vessie et l'épaisseur de ses parois, qui font ressembler l'organe dans son ensemble à un utérus atrophié. Cette ressemblance devient encore plus frappante après incision de la paroi antérieure : la cavité apparaît toute petite, tapissée par une membrane d'apparence

fibreuse, où l'on ne trouve plus ni fongosités, ni nlcérations. Les uretères sont tout à fait atrophiés.

A l'examen microscopique (Dr Laroy), la muqueuse présente une tunique propre, épaissie, et en voie de transformation scléreuse. Entre les faisceaux conjonctifs hyalins, il existe d'assez nombreux leucocytes. La plupart des capillaires sont frappés d'endo et de périvasculite. Les vaisseaux disséminés offrent un épaississement de leurs parois. On ne trouve plus de tubercules lymphoïdes, mais quelques tubercules en voie de transformation fibreuse. La musculaire, à part son épaississement, ne présente pas d'altérations. La séreuse est normale.

La peau de la région hypogastrique montre la cicatrisation complète de l'orifice fistuleux et, entre elle et la paroi antérieure de la vessie, on perçoit, dans le tissu cellulaire de la cavité de Retzius, une traînée fibreuse, dernier vestige du trajet.

L'évolution de ce cas a donc démontré formellement que la dérivation totale des urines, et la mise au repos effective de la vessie qui en résulte, suffisent pour faire cesser complètement et définitivement les symptômes douloureux dans les formes les plus graves de la tuberculose vésicale. Mon malade a vécu pendant quinze mois, avec toutes les apparences de la guérison complète, sans qu'un seul instant ses formidables douleurs d'autrefois aient fait la moindre réapparition. Sa vessie est restée tout à fait silencieuse et ce n'est pas elle qui l'a tué, mais bien l'insuffisance de son rein unique qui était devenu tuberculeux et l'était peut-être déjà au moment de l'opération.

Mais la guérison n'a pas été seulement clinique, elle a été aussi anatomique, puisque les lésions tuberculeuses profondes et étendues que la vessie avait présentées ont été trouvées *complètement cicatrisées* à l'autopsie.

M. Legueu se trompait donc quand il disait que la dérivation des urines dans la tuberculose vésicale est une opération purement palliative : nous sommes en droit de dire qu'elle est curative, puisqu'elle guérit les lésions.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Legueu sur les indications de cette nouvelle opération. Elle doit être réservée à des cas exceptionnels, d'une gravité particulière, qu'aucun traitement n'a réussi à modifier. Dans ces cas, elle est appelée à rendre inutile l'extirpation totale de la vessie, puisqu'au prix d'un traumatisme moindre elle conduit au même résultat.

Je ne dirai qu'un mot du choix du procédé opératoire. Je crois que l'abouchement à la peau est préférable à l'implantation dans l'intestin, parce que l'abouchement cutané est une opération plus simple et plus rapide, et que chez des malades aussi cachectisés

que ceux auxquels on peut être amené à pratiquer une telle opération, il faut des techniques simples et des opérations rapides.

Je crois d'autre part que dans l'anastomose uretéro-intestinale, l'infection ascendante est fatale pour peu que la survie se prolonge. Tel est d'ailleurs l'avis de M. Legueu lui-même. Il ajoute, il est vrai, qu'un uretère qui s'ouvrait dans une vessie aussi infectée que celle de cette catégorie de malades, doit être contaminé à l'avance. A cela je réponds que, chez mon malade, dont la vessie était profondément infectée depuis des années, les deux uretères paraissaient sains.

L'abouchement à la peau a un inconvénient : l'incontinence. Cet inconvénient est réel; on en a cependant exagéré la gravité, qui peut être fort atténuée par le port d'un bon appareil collecteur. Celui que j'ai fait construire pour mon opéré se compose d'un large anneau en caoutchouc durci, muni sur sa face interne d'un bourrelet pneumatique. Cet anneau forme l'entrée d'un entonnoir, également en caoutchouc durci, recourbé vers le bas, et dont l'extrémité inférieure s'adapte à un tube en caoutchouc mou conduisant à un réservoir fixé à la cuisse. L'entonnoir est maintenu sur la fistule par une ceinture.

Mon malade a porté cet appareil pendant dix mois, et ne s'est jamais mouillé, même quand l'appareil restait en place pendant toute la journée.

J'ajouterai en terminant que si je recommande de faire dans ces cas la néphrostomie plutôt que l'uretérostomie lombaire, c'est que la néphrostomie est d'une exécution plus facile et plus rapide et qu'elle assure le drainage du rein par un trajet plus direct.

J'ai pu me rendre compte récemment de l'infériorité de l'uretérostomie lombaire sur la néphrostomie, chez un homme atteint de tumeur de la vessie récidivée après extirpation par la taille hypogastrique, et chez lequel je voulais pratiquer l'exclusion vésicale. Je commençai par découvrir le rein droit et par rechercher son uretère pour l'anastomoser à la peau. Or, le rein étant adhérent, fut difficile à contourner, et l'anastomose uretérale ayant pris un certain temps, l'état du malade, très cachectisé, devint inquiétant et je jugeai prudent de remettre à plus tard l'ouverture de l'autre rein. La néphrostomie eût certainement pris moins de temps. J'ajouterai en passant que ce malade succomba quatorze jours après l'opération et que l'autopsie fit découvrir chez lui l'existence de deux uretères à droite, dont un seul avait été fixé à la peau.

Volvulus consécutif à une entéro-anastomose,

par M. JULES BŒCKEL,
Correspondant national de la Société de Chirurgie.

C'est sur une forme toute spéciale d'occlusion intestinale, non encore décrite que je sache, rarement observée dans tous les cas, que je voudrais, en quelques mots très brefs, appeler l'attention de la Société de Chirurgie.

Voici dans quelles circonstances il m'a été donné d'observer ce cas très particulier :

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, M[lle] X..., que j'avais opérée dans un état très grave d'appendicite, trente-six heures après une première crise dans le courant de juillet 1908. L'appendice était perforé ; il renfermait un calcul ; le pus non collecté avait fusé d'une part vers la région rénale, d'autre part dans le petit bassin. La plaie fut tamponnée largement ; de plus, j'établis un drainage vaginal à travers le Douglas.

L'état de l'opérée resta des plus alarmants pendant près de quarante heures. Son pouls ne redevint perceptible qu'au bout de trente-six heures ; le réchauffement ne se fit également qu'à ce moment. Jusque-là, la malade était restée absolument glacée. A partir du troisième jour tout danger semblait conjuré et, au bout de la quatrième semaine, la jeune fille se levait pour la première fois. Elle devait rentrer chez elle dans une dizaine de jours, lorsque, dans le courant de la sixième semaine, elle fut prise assez subitement de malaises, auxquels succédèrent bientôt des symptômes d'occlusion intestinale.

L'état s'étant aggravé, mon chef de clinique pratiqua en mon absence la laparotomie, sept jours après le début des accidents. Il ne trouva ni bride, ni volvulus. Les anses grêles, fortement mobilisées dans la région ombilicale, étaient accolées entre elles presque partout.

En poursuivant une de ces anses vers la région hypogastrique, on découvrit une coudure et, en aval, un rétrécissement qui s'étendait sur plusieurs centimètres.

On établit une anastomose un peu plus bas, sans se rendre exactement compte des anses qu'on venait d'unir.

La guérison fut rapide et, au bout d'un mois, l'opérée quittait le service.

Pendant deux ans et demi, elle jouit de la meilleure santé.

En décembre dernier, de nouveaux accidents d'occlusion l'obligèrent à entrer pour la deuxième fois dans mon service.

Les premiers symptômes avaient éclaté quinze jours avant son admission. En raison du péril, croissant de jour en jour, je fis la laparotomie médiane sur l'ancienne cicatrice, le 10 décembre.

Je ne tardai pas à tomber dans la région sous-ombilicale sur un conglomérat d'anses intestinales, tordues sur elles-mêmes et enroulées à la manière d'un fil sur une bobine, autour d'une sorte de bride, dont tout d'abord je ne m'expliquai ni la formation ni l'origine.

Je commençai donc par dérouler ces anses, qui faisaient quatre ou cinq tours autour de la bride en question. Je constatai alors que cette dernière n'était autre qu'une anse intestinale. Celle-ci, à part une torsion sur elle-même, était d'aspect normal et fort peu rétrécie. Elle mesurait 15 centimètres de longueur et était dépourvue de toute attache mésentérique. Elle communiquait de part et d'autre à plein canal avec l'intestin voisin. En d'autres termes, elle représentait la barre transversale d'un H, dont les deux branches verticales étaient constituées par des anses voisines.

Quelle était l'origine de cette bride et comment s'était-elle formée ? C'est ce que je vais essayer de démontrer. Tout d'abord, je ferai remarquer qu'elle correspondait au point sur lequel deux ans et demi auparavant avait été pratiqué l'abouchement. Dans l'espèce, il s'agissait d'une entéro-anastomose, c'est-à-dire d'une anastomose entre deux anses grêles.

Or, voici la seule interprétation que je crois admissible pour expliquer la formation du volvulus en question. J'estime que les anses intestinales situées au-dessus de l'anastomose se sont, en quelque sorte, intercalées par un véritable glissement entre les anses anastomosées.

Cette infiltration s'est produite petit à petit, après la régression du processus inflammatoire qui les avait primitivement accolées ; la disjonction augmentant de plus en plus sous l'influence de la pression continue exercée par le paquet intestinal sur l'anastomose, celle-ci a subi une véritable élongation, entraînant de part et d'autre les deux segments intestinaux voisins. C'est ce qui explique pourquoi cette anse s'est trouvée dépourvue de mésentère sur une longueur de 15 centimètres, sans perdre sa vitalité ; pourquoi elle a formé bride et a pu, dès lors, servir d'essieu aux anses supérieures qui se sont enroulées autour d'elle.

Pour remettre les choses en état, et éviter toute nouvelle obstruction, une seule chose restait à faire : sectionner cette barre intestinale à ras de ses deux embouchures et réparer les brèches

intestinales à l'aide d'une suture. C'est ce que je fis pour terminer mon opération, avant de refermer la paroi abdominale. Les suites de cette intervention furent des plus favorables, et, au bout de vingt jours, mon opérée put quitter le service, entièrement guérie.

La *conclusion* à tirer du fait que je viens de relater peut être formulée en peu de mots.

Lorsqu'on aura établi une anastomose entre deux anses grêles, il sera prudent d'en accoler les bouts supérieurs, en amont de cette anastomose, sur une étendue d'une dizaine de centimètres, à l'aide de quelques sutures plus ou moins espacées.

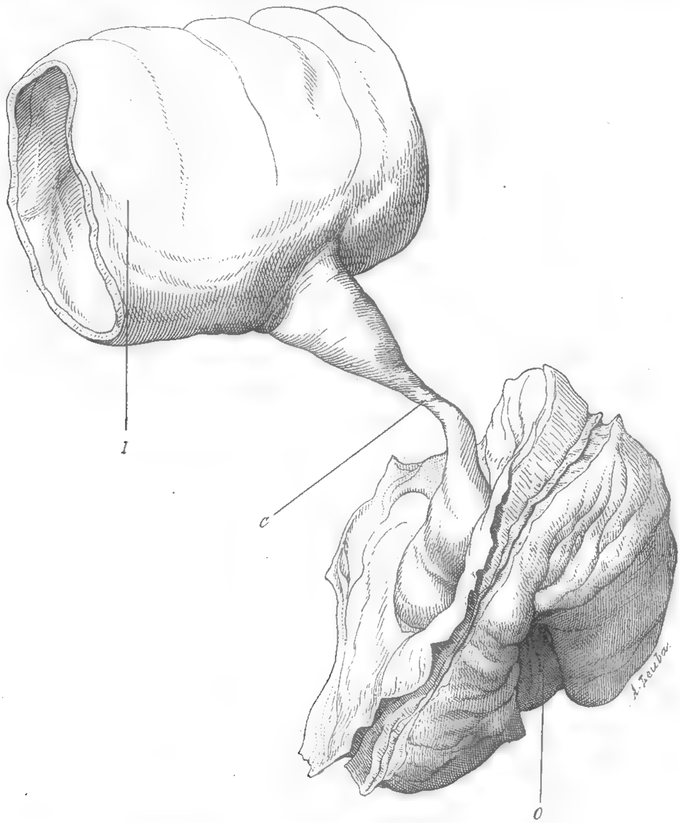
On évitera ainsi la formation d'un volvulus qui sera toujours à redouter, même à longue échéance, grâce au mécanisme que je viens d'indiquer.

M. Lejars. — Cet allongement secondaire, en canal, dont M. Bœckel vient de nous rapporter un si curieux exemple, au niveau d'une entéro-anastomose, peut survenir aussi à la suite des anastomoses « intestino-pariétales », des entérostomies. J'en ai observé en avril dernier un cas des plus frappants.

Il s'agissait d'un homme de trente-six ans, qui était entré dans mon service, en octobre 1910, avec des accidents d'occlusion intestinale chronique ; leur évolution, le volume et la distension générale du ventre, l'aspect et l'amaigrissement du malade avaient fait d'abord suspecter la péritonite tuberculeuse. Je fis une laparotomie sus-pubienne : il y avait une petite quantité d'ascite, mais aucune trace de granulations sur les anses et le péritoine; l'intestin était le siège d'une dilatation uniforme et considérable; je fixai à la paroi une anse grêle déclive, et, le lendemain matin, une étroite ponction fut pratiquée au thermocautère, à la partie centrale de l'anse accolée, et, de la sorte, fut réalisée une entérostomie juste suffisante à drainer l'intestin — en attendant mieux. — Les accidents douloureux et stercorémiques tombèrent, l'orifice intestinal fonctionna régulièrement, les évacuations se rétablirent par l'anus, mais l'abdomen resta gros et tendu, et surtout l'état général si précaire, que toute intervention secondaire fut contre-indiquée. Finalement, le malade succomba, en pleine cachexie, le 15 avril dernier ; dans les dernières semaines, le météorisme était devenu colossal, bien que l'orifice entérostomique donnât toujours des gaz et du liquide; et le volume du ventre s'était encore accru du fait de l'ascite.

Or, à l'autopsie, pratiquée par mon interne M. Girode, on trouva un cancer occupant la partie toute supérieure du rectum, et, d'ailleurs, inopérable. Quant à l'entérostomie, elle était devenue ce que représente la figure ci-contre : l'anse grêle

n'adhérait plus à la paroi; elle était reliée à l'orifice pariétal par un canal de 8 centimètres de long, formé de deux entonnoirs, l'un superficiel, l'autre juxta-intestinal, et d'un segment intermédiaire, rétréci. Ce canal était perméable sur toute sa longueur, mais, tout naturellement, la lumière en était réduite, et



Étirement en canal d'une entérostomie.

O, Orifice cutané; C, Canal d'étirement; I, Intestin.

le drainage, par un tel conduit, ne s'exerçait plus que dans des limites fort restreintes. J'ajoute que ce canal était dépourvu de mésentère, comme dans le cas de M. Bœckel, et qu'il figurait une véritable bride intestino-pariétale, toute prête à servir d'agent de coudure et d'étranglement.

Le mécanisme pathogénique avait été analogue, sans doute, à celui que notre collègue invoquait tout à l'heure : les anses distendues, en s'interposant entre la paroi et le segment intestinal

« entérostomisé », avaient peu à peu refoulé en arrière ce segment qui, lui-même, en se dilatant, tendait à se redresser; et le météorisme continu, et qui, dans les dernières semaines, s'était considérablement développé, avait servi à exagérer encore le retrait de l'anse et l'étirement du canal.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les plaies pénétrantes du poumon.

M. QUÉNU. — La réelle difficulté du traitement des plaies de poitrine réside dans la sélection des cas où nous devons intervenir. L'accord n'est pas aussi formel que le dit M. Delorme, et cela tient à ce que nous discutons d'après des raisonnements plus que d'après des faits. A combien se monte en effet le nombre des cas opérés? En 1907, M. Th. de Martel n'avait pu en réunir que 42. En 1907, la présentation des malades de Cottard par M. Beurnier, puis le rapport de M. Delorme sur les deux observations de Duval et d'Ombrédanne, ont été l'occasion d'une discussion à notre Société et de la publication des observations de Beurnier, Bazy, Sénéchal, Guibal, Tuffier et Henry Petit; cela portait le chiffre des interventions à 47.

Dans cette discussion de 1907, l'opinion générale, et j'y comprends celles de M. Delorme et de M. Rochard, est que l'intervention doit être exceptionnelle et ne s'adresser qu'aux cas très graves. Or, actuellement, avec le rapport de M. Picqué, ce n'est plus du tout d'exceptions qu'il s'agit. Notre collègue des hôpitaux M. Baudet nous présente six belles observations de plaies de poitrine traitées par l'opération (dont 5 plaies du poumon) et terminées par la guérison, et il estime que « l'intervention ne saurait être considérée comme l'exception dans le traitement de ces plaies ». M. Baudet, nous dit le rapporteur M. Picqué, étend beaucoup les indications opératoires, et lui, rapporteur, déclare se rallier à ses conclusions.

Je pense qu'il est utile de souligner cette extension donnée aux indications opératoires, et qu'il faut surtout rechercher si elle est basée sur une plus grande netteté et une plus grande précision dans les indications opératoires. A ce point de vue, je pense qu'il faut se défier des raisonnements et étudier principalement les faits; c'est ce qu'a cherché à faire M. Baudet. Contrairement à M. Delorme, Baudet insiste sur l'insuffisance des signes physiques pour fixer la quantité d'un hémothorax; il place les signes fonc-

tionnels au premier plan, et pour lui ce sont eux qui doivent conduire à l'intervention exploratrice, c'est-à-dire à la taille d'un volet thoracique. Voilà au moins une série de points nettement posés :

L'anhélation, la pâleur accentuée de la face, les sueurs et un pouls à 100, tels seraient les symptômes justifiant une intervention même en l'absence de tout signe physique, surtout si on note leur persistance.

En regard de cette opinion de MM. Baudet et Picqué, je place celle de M. Delorme (*Société de Chirurgie*, 1907, p. 610) : « Ces troubles si dramatiques qu'ils soient (état syncopal, pouls d'une fréquence extrême, respiration superficielle et fréquente, cyanose ou pâleur, anxiété, etc.) ne *peuvent autoriser le chirurgien à intervenir directement si les signes physiques ne sont pas prépondérants.* » Pour M. Delorme il y a lieu de tenir compte surtout des trois expressions de l'hémorragie : *l'hémoptysie, l'hémorragie extérieure, l'hémothorax.*

Cette simple juxtaposition des textes nous montre bien les dissidences qui existent, et derrière ces dissidences la difficulté extrême de poser les indications opératoires.

Il suffit de parcourir nos Bulletins pour trouver des exemples où les symptômes fonctionnels avaient atteint une intensité égale ou supérieure à celle qui suffit à MM. Picqué et Baudet, et où les malades ont guéri simplement (1).

Il est vrai que M. Baudet tient le plus grand compte de la persistance de ces phénomènes généraux ; je crois que ce point de vue est le vrai et doit être mis au premier rang. Mais alors il ne saurait plus s'agir d'une intervention immédiate, faut-il au moins, en dehors des cas d'urgence évidente, laisser quelques heures au blessé pour que son émotion se dissipe et qu'on puisse faire la part de ce qui revient aux phénomènes purement nerveux ou à l'hémorragie thoracique.

Il est nécessaire en réalité de tenir compte de tous les signes, de l'étendue de l'épanchement, du siège de la plaie, etc., pour avoir des chances d'intervenir utilement.

Aux signes sur lesquels s'est étendu M. Delorme pour apprécier l'importance de l'épanchement de sang, on pourrait ajouter l'examen radioscopique quand il est possible.

En cas de doute, j'avais proposé l'incision exploratrice d'un espace intercostal. Picqué et Baudet appellent intervention exploratrice la taille d'un lambeau thoracique (2). Le volet thoracique

(1) *Société de Chirurgie*, 1907, p. 667.
(2) Page 358.

n'est pas nécessaire pour reconnaître l'importance de l'épanchement sanguin, et tailler ce volet, ce n'est plus faire une opération exploratrice, c'est accomplir la plus grande partie de l'opération. J'ai déjà longuement insisté dans notre discussion en 1907 sur le danger de comparer une incision large du thorax à une laparotomie exploratrice.

Depuis le mois d'octobre dernier j'ai observé six exemples de plaies de poitrine, je ne suis intervenu activement qu'une fois. Voici parmi ces observations celles qui peuvent présenter quelque intérêt pour nos débats actuels :

Le 2 octobre 1910, matin, on apporta à l'hôpital Cochin un garçon de dix-neuf ans qui avait reçu dans la nuit une balle de revolver dans la poitrine du côté droit, à 3 centimètres environ en dehors du mamelon. Le malade raconte qu'il a pu, après avoir reçu le coup, faire une cinquantaine de mètres, monter trois étages, puis qu'il est tombé sans connaissance; il perdit beaucoup de sang par la plaie pendant le trajet, il reçut 1.600 grammes de sérum en arrivant. L'interne de garde le trouva extrêmement pâle, abattu, respirant difficilement, oppressé, le pouls fréquent, la matité remonte en haut et indique un gros épanchement de sang. M. Mathieu, mon chef de clinique adjoint, jugea néanmoins qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir.

Je ne vis le malade que le 6 octobre : il avait tous les signes d'un gros épanchement sanguin, et depuis quelques jours une élévation thermique oscillant entre 38°3 et 38°5. Je fis pratiquer une prise du sang de la plèvre les 10 et 13 octobre; même avec ensemencement massif de l'épanchement, le ballon ensemencé resta stérile. La fièvre continue, et entre le 21 et le 27 on observe de grandes oscillations avec dyspnée continue et expectoration de crachats muqueux. La dyspnée persiste ainsi que les râles tandis que les vibrations thoraciques ont reparu; à l'auscultation on note du souffle tubaire et des râles sous-crépitants, il s'agit donc d'une pneumonie traumatique. A partir du 1er novembre, tous les symptômes précédents s'atténuent; le 20, le malade entre en convalescence et se lève, il sort guéri peu de temps après. Voici un schéma fait d'après un examen radioscopique pratiqué deux semaines après le traumatisme, il montre à la fois la situation du projectile et l'étendue de l'épanchement sanguin.

Voilà un exemple de plaie du poumon incontestablement grave guérie sans intervention. Dans le cas suivant il s'agit encore d'une plaie par balle de revolver.

Un homme de vingt-six ans est apporté le 7 novembre dernier à sept heures et demie du soir. Il venait de recevoir une balle de revolver dans le 7e espace intercostal gauche. M. Mathieu, qui avait examiné le précédent malade un mois auparavant, fut encore appelé à voir celui-ci à son entrée à l'hôpital. Il le trouva pâle, abattu, avec un pouls

presque incomptable, mais sous l'influence d'injections de caféine et d'huile camphrée les battements revinrent à 120 ; respiration difficile, emphysème sous-cutané, autour de la plaie, matité s'étendant jusqu'à l'angle de l'omoplate (cela correspondrait à un épanchement de 700 à 1.200 grammes d'après M. Delorme). Le blessé a aussi présenté de légères hémoptysies; peu de sang s'écoulait par l'orifice de la plaie. Je vis le blessé le lendemain matin, soit dix-sept heures après l'accident. Je fus frappé par la pâleur de la face, l'état misérable du pouls, l'abattement du blessé; le niveau de l'épanchement avait remonté depuis la veille; je décidai d'intervenir d'urgence.

Une longue incision fut menée le long de la 6ᵉ côte, et celle-ci fut réséquée dans une grande étendue ; on ouvre la plèvre et deux écarteurs s'appliquent sur chaque lèvre de la plaie ; on peut ainsi facilement, après avoir évacué une quantité excessive de sang, arriver sur le poumon, le luxer au dehors et suturer deux plaies : l'une sur la face antérieure, l'autre sur le bord postérieur du lobe inférieur, ces deux plaies du reste ne saignaient plus. On achève l'évacuation du sang, on suture après avoir placé un drain dans l'angle de la plaie. Durée de l'opération, treize minutes. Anesthésie chloroformique, 6 grammes de chloroforme, injections de fortes doses de sérum.

Je revois le malade l'après-midi, il est extrêmement faible, pâle, froid, et il succombe à onze heures et demie du soir.

L'autopsie fut faite à la Morgue par M. Socquet, qui a bien voulu nous faire remettre la note suivante.

Autopsie faite le 7 novembre 1910, par M. le Dʳ Socquet. — Homme de taille moyenne, bien constitué, paraissant vigoureux, âgé de vingt-six ans.

Sur la région antérieure gauche de poitrine, à 7 centimètres sous le mamelon et à 9 centimètres de la ligne médiane, se trouve une petite plaie par arme à feu, circulaire, de 9 millimètres de diamètre, recouverte par une croûte noirâtre.

A 12 centimètres au-dessous de la plaie précédente sur la ligne axillaire, au niveau des dernières côtes, on aperçoit une petite plaie superficielle de 12 millimètres de diamètre, produite par le passage d'une balle non pénétrante.

A la région antérieure de la poitrine, à 2 centimètres au-dessous de la première plaie, se trouve une incision chirurgicale circulaire, mesurant 15 centimètres de longueur.

La 6ᵉ côte a été réséquée.

Le poumon droit adhère sur toute sa hauteur.

A gauche on aperçoit une plaie, suturée, des faces antérieure et postérieure du lobe inférieur du poumon.

Dans la cavité pleurale, une très légère quantité de sang liquide ; pas de lésion de l'artère intercostale postérieure. L'orifice de sortie de la balle est au niveau du 9ᵉ espace intercostal gauche ; le bord supérieur de la 10ᵉ côte est échancré.

La balle est retirée en arrière à 5 centimètres à gauche de la ligne

médiane, au niveau de la 9e dorsale; c'est une balle de 5 3/4, chemisée de cuivre rouge.

Poumon droit absolument sain, ne présente aucun tubercule.
Poumon gauche, lobe inférieur perforé de part en part.
Cœur : valvules absolument saines.
Foie : gras.
Estomac : un peu de bile.
Rate : grosse, mais non diffluente.
Rein : exsangue, se décortique très facilement, pas d'atrophie de la substance corticale.
Aucun épanchement de la cavité abdominale.
Coupe du cerveau, aucun foyer hémorragique.

Il n'est pas douteux, dans ce cas, qu'une intervention immédiate eût augmenté les chances de salut.

Dans trois autres cas, les symptômes immédiats furent modérés (malgré qu'il y eut des hémoptysies assez abondantes dans l'un d'eux) et on ne pouvait songer à intervenir. Dans le sixième cas, enfin, nous avons noté l'exagération d'une complication assez banale, mais rarement aussi accentuée, à savoir : un emphysème sous-cutané généralisé à tout l'abdomen, aux bourses, aux deux membres supérieurs jusqu'au poignet, aux deux membres inférieurs à la région dorsale et aux creux sus-claviculaires qui étaient remplacés par une voussure.

Le blessé, âgé de trente-trois ans, s'était lui-même tiré un coup de revolver dans la région du cœur (19 novembre); il eut une perte de connaissance de courte durée et se mit à cracher du sang abondamment; la plaie siégeait un peu au-dessous du mamelon gauche, le pouls ne battait qu'à 80 et la respiration était peu gênée; l'épanchement du sang était surmonté d'une zone de sonorité exagérée.

La dyspnée augmenta le jour suivant avec l'extension de l'emphysème. Je me bornai à pratiquer une incision profonde dans chaque région sus-claviculaire et l'emphysème diminua dès lors rapidement : le 6 décembre, il en existait à peine; le 12, il n'y en avait plus traces, et le malade sortait de l'hôpital.

En somme, je ne suis et n'ai jamais été l'adversaire de l'intervention dans les plaies de poitrine graves. Je pense qu'il est des cas (et celui que j'ai rapporté plus haut en est un exemple) dans lesquels on ne doit pas hésiter, tant la réunion des symptômes fonctionnels et des signes physiques concorde, pour démontrer la présence d'une hémorragie considérable; mais il en est d'autres pour lesquels nous resterons souvent hésitants. J'estime qu'il faut se méfier des raisons théoriques qui porteraient, sous prétexte

d'exploration, à une intervention trop facile (1), mais j'approuve entièrement M. Baudet quand, pour ces cas embarrassants, il conseille au chirurgien de ne pas quitter son malade, de le suivre de demi-heure en demi-heure, de façon à être prêt à agir à la moindre aggravation des symptômes.

Quant au mode opératoire, je dois dire que j'ai été frappé par le jour que donne l'excision d'une côte sur une grande longueur, si on prend soin d'exercer une action d'écartement vigoureuse sur les deux côtes avoisinantes. On évite ainsi la blessure toujours possible des mammaires internes; l'opération est plus rapide et le jour est suffisant pour amener au dehors le poumon et l'examiner en tous sens.

M. Souligoux. — Quand on écoute, ici, les discussions qui ont lieu sur cette passionnante question de l'intervention dans les plaies de poitrine, il semble que la société soit nettement séparée en deux partis : les interventionnistes et les abstentionnistes; au contraire quand on lit à tête reposée le compte rendu, on s'aperçoit que nous sommes tous à peu près du même avis.

Le plus fervent des interventionnistes ne dit pas : il faut intervenir souvent, mais bien ceci : dans l'immense majorité des cas, le traitement de choix est l'immobilisation du malade dont la plaie aura été préalablement aseptisée et pansée, mais il est des circonstances où le chirurgien doit sortir de l'abstension systématique pour intervenir d'une façon active par la thoracotomie large et la suture du poumon.

Il est bien certain que ce sont les indications précises qui manquent le plus, sans quoi nous serions tous du même avis; car je ne puis croire que M. Michaux, qui est le premier à avoir guéri un malade par thoracotomie, que M. Tuffier et d'autres se laissent ranger dans les abstentionnistes quand même.

Pour bien trouver les indications opératoires, je crois qu'il faut diviser les hémothorax en quatre variétés :

1° L'hémorragie est immédiatement très abondante et menace la vie d'emblée;

(1) Je ne puis réellement pas ne pas faire de réserves sur l'observation V de M. Baudet, dans laquelle il s'agit d'un malade ayant reçu une balle de revolver dans la poitrine : « le malade est calme, oppression très modérée, pouls à 104, face un peu pâle ». M. Baudet intervint parce que l'examen pratiqué une demi-heure auparavant par l'interne avait montré un épanchement nul, et qu'au moment où M. Baudet le vit il s'était fait un épanchement (n'atteignait pas la pointe de l'omoplate). Même dans les cas peu graves, il se fait toujours un épanchement dans les premières heures qui suivent le traumatisme. On ne peut, je l'estime, en conclure que l'écoulement de sang va continuer et prendre une grande importance.

2° L'épanchement est important, le chirurgien hésite et se demande ce qu'il doit faire;

3° L'épanchement, après être resté stationnaire pendant le premier jour, augmente d'heure en heure et met la vie du malade en danger;

4° L'épanchement peu abondant n'augmente pas, mais n'a pas de tendance à se résorber.

1° *L'hémorragie est immédiatement très abondante et la vie du malade est d'emblée en danger.* — Ces cas ne sont pas si rares qu'on veut bien le dire, et si nous ne les voyons que rarement dans nos services, cela tient à ce que les blessés mettent un temps très long avant d'y arriver, transportés qu'ils sont d'abord chez le pharmacien le plus rapproché.

L'observation que Lejars nous a communiquée est un type de ce genre de plaie : La malade était inondée de sang; par la plaie thoracique située à la région précordiale coulait un gros jet de sang; elle était d'une pâleur extrême, sans pouls, respirant à peine; on ne sentait plus les battements du cœur, toute la région précordiale, la région thoracique latérale, l'espace de Traube étaient muets. M. Lejars intervint de suite et guérit son malade. Il en était de même dans les cas de Guibal, de Demandre, d'Ombrédanne. Eiserlberg put même suturer une plaie de la veine pulmonaire gauche.

Dans ces cas, je ne crois pas que l'opportunité de l'opération puisse être discutée avec quelque apparence de raison.

2° *L'état général est grave, le chirurgien hésite et se demande ce qu'il doit faire.* — C'est dans ce deuxième type qu'il est le plus difficile de prendre une décision et où se rencontre la plus grande divergence d'opinions. Les causes de mort sont au nombre de deux : 1° la perte de sang; 2° la dyspnée causée par le refoulement du poumon et du cœur, dyspnée d'autant plus grave que le poumon du côté opposé et le cœur sont parfois insuffisants du fait de lésions anciennes.

Les anciens chirurgiens ont cherché à remédier à ces accidents par deux procédés qui, tour à tour, ont eu leurs adeptes.

Les uns, à la suite d'Ambroise Paré, de Dionis, dilataient la plaie au lieu de l'obturer, puis faisaient coucher le patient sur le côté blessé de façon à favoriser l'issue du sang hors de la plèvre. Par là sans doute on diminue la compression du poumon et du cœur, mais on expose le malade à mourir d'hémorragie.

Frappés de ce fait, les chirurgiens du siècle suivant érigèrent en principe qu'il fallait fermer la plaie. Sans doute, l'occlusion de

celle-ci favorise l'épanchement pleural, mais l'accumulation du sang, en augmentant la pressiou intrathoracique, constitue par cela même un excellent moyen d'hémostase.

En présence des phénomènes de suffocation intense menaçant immédiatement la vie, les chirurgiens furent amenés à pratiquer la ponction. C'est ce que fit le professeur Nélaton, qui évacua chez un garçon de dix-huit ans, avec un trocart de Reybard, environ un litre de sang. Mais les accès de suffocation calmés pour quelques instants ne tardèrent pas à revenir et le malade mourut quelques heures plus tard. M. Quénu, dans une telle observation rapportée à la Société de Chirurgie, raconte qu'après une première évacuation par ponction de 600 grammes de sang, il fut obligé plus tard, malgré une autre évacuation de 200 grammes, d'intervenir par l'ouverture large de la paroi thoracique.

Le premier cas d'intervention appartient à Omboni de Cremone (1885) qui, ayant à soigner un malade atteint d'une plaie du sommet du poumon par coup de feu, fit une incision de 13 centimètres au niveau du 3e espace intercostal, ce qui lui permit de découvrir la plaie pulmonaire. Le sommet du poumon fut attiré dans la plaie lié au catgut et réséqué, un autre point blessé fut traité de même. Le malade mourut de pyohémie. M. Delorme intervint seulement au bout de trois jours et sutura les plaies pulmonaires; son malade mourut un quart d'heure après.

Mais son blessé était exsangue et l'on avait pratiqué d'abord l'occlusion de la plaie. M. Michaux fut plus heureux et obtint le premier la guérison dans les hémorragies pulmonaires. Mais il intervint de bonne heure, huit heures après l'accident. M. Quénu, obtint aussi (13 novembre 1905), un succès sur une intervention large sur le thorax.

M. Reclus (Congrès de chirurgie, 1894) conclut nettement en faveur de l'intervention qui seule permettra de tarir l'hémorragie, qu'elle vienne du poumon ou des vaisseaux de la paroi.

A l'heure actuelle il n'est pas de règles fixes, et les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir dans la variété de plaies de poitrine qui nous occupe.

Pour certains l'opération s'impose et il n'y a pas lieu d'attendre que les indications se précisent, il faut intervenir. Quelques-uns même, comme le professeur Zeidler vont plus loin. Pour lui et Stukey toute plaie du thorax, pourvu qu'elle ne remonte pas à plus de douze heures, indique une intervention non de *désinfection*, mais d'*exploration*. Il se fonde en particulier sur ce fait que très souvent, en cas d'emphysème sous-cutané, il est quasi impossible d'apprécier un épanchement intrapleural de sang même de 500 centimètres cubes. De même, le pneumothorax peut être simulé

par la diminution de la respiration du côté levé par suite de la douleur. Sans doute il n'est pas indifférent de provoquer un pneumothorax, mais ou celui-ci existe déjà et il est plutôt favorable, ou il n'existe pas et il est dangereux d'attendre pour explorer la plaie, l'apparition des signes d'hémorragie interne. Voici la technique qu'il emploie : Sous anesthésie générale la plaie est débridée suivant la direction de son trajet et dans toute son étendue. Est-elle pénétrante? On écarte avec des crochets les bords de la plaie pleurale et on regarde s'il y a du sang dans la plaie; s'il n'y en a pas, ou s'il y en a très peu, on en reste là et on suture hermétiquement la plaie. S'il y a au contraire un gros épanchement, on ouvre largement la plaie et on va à la recherche du vaisseau qui saigne.

Le procédé est simpliste; c'est somme toute une thoracotomie exploratrice analogue à la laparotomie exploratrice.

Cette façon de procéder n'est admise en France par personne, et en Allemagne elle est fortement critiquée par Borchardt, qui fait remarquer que sur les vingt-cinq cas de thoracotomie publiés par B. Stukey, plusieurs blessés n'avaient pas de lésions pulmonaires.

M. Delorme, qui est le partisan le plus convaincu de l'intervention en France, mais aussi le plus prudent, a essayé d'établir des règles pour cette intervention. Il est d'avis :

1° Qu'un hémothorax très abondant rapidement développé, se rapprochant de l'épine de l'omoplate ou l'atteignant, doit réclamer une intervention directe dirigée en vue d'obturer la plaie pul monaire;

2° Qu'un hémothorax moyen avec hémoptysies répétées ou expectoration abondante de sang spumeux persistant plus de vingt-quatre ou trente-six heures nécessite la même intervention;

3° Qu'un hémothorax moyen avec hémorragie externe importante traversant le pansement, les objets de literie, légitime une intervention directe;

4° Qu'une hémorragie extérieure très abondante ne s'arrêtant par l'occlusion réclame la même pratique. — S'il est logique d'admettre les deux dernières propositions, les deux premières au contraire sont plus discutables et plus discutées. En effet, nombreux sont les cas où les épanchements ont atteint le niveau assigné par M. Delorme, où les hémoptysies ont été aussi abondantes et qui ont guéri par l'expectation. Des observations multiples ont été formées par M. Championnière, Routier et bien d'autres partisans convaincus que l'immobilisation et l'expectation représentent le traitement de choix. En effet, tel malade peut supporter une hémopneumothorax de cette importance, si le cœur, le poumon du côté opposé sont sains, et l'on pourra espérer voir l'hémorragie s'arrêter

et le malade guérir. Tel autre, au contraire, même avec un épanchement de moindre importance, verra sa vie menacée d'une façon plus rapide; aussi, certains chirurgiens s'en rapportent-ils autant aux signes physiologiques qu'aux signes purement physiques. M. Baudet, qui a une compétence spéciale à ce sujet, quoiqu'il soit intervenu douze fois, estime que l'état du pouls et de la respiration ont une importance capitale. « La dyspnée croissante, celle que l'on a vu augmenter d'un instant à un autre, la suffocation qui revient par accès sont des signes de haute valeur. Cette dyspnée n'est pas celle que l'on observe chez les nerveux et les agités; il s'agit plutôt, chez ces derniers, d'une polypnée qui se calme lorsqu'on distrait le malade en l'interrogeant, en le rassurant.

La dyspnée consécutive à une gêne pulmonaire réelle se traduit par des mouvements respiratoires fréquents et superficiels, par le battement des ailes du nez, par un certain degré de cyanose de la face. Elle ne permet qu'une parole entrecoupée, haletante, s'accroît par les efforts et s'accompagne d'accès d'oppression.

Elle ne se calme pas par le repos, si les accidents pulmonaires sont graves. Au contraire, on la retrouve plus intense lorsqu'on fait un second examen du blessé, et simultanément s'installent une douleur constrictive du thorax et un état cyanotique de la face plus marquée.

Le pouls, observé quelques heures après l'accident, même si l'hémothorax est assez abondant, ne dépasse guère 114 pulsations et conserve une certaine force. Mais, si l'examinant à des intervalles éloignés, de demi-heure en demi-heure, on le trouve un peu plus rapide et plus faible qu'il ne l'était au premier examen, il faut tenir pour grave la blessure du poumon.

Cet ensemble de signes physiques et physiologiques ne semblent pas encore suffisants à bon nombre de chirurgiens, qui estiment que l'intervention est une chose plus grave que l'abstention et que par celle-ci on sauvera plus de malades que par celle-là.

Cependant les statistiques fournies montrent la gravité d'une abstention systématique.

La statistique de M. Nélaton portant sur 94 cas donne 44 décès, produits 5 fois par lésions de l'intercostale et de la mammaire interne, 4 fois par hémorragie interne, 6 fois par lésions des gros vaisseaux ; les causes de mort dans les autres cas ne sont pas notées. A Strasbourg (guerre de 1870), sur 98 cas mortels on trouve 24 morts dues à des hémorragies internes seules. Fischer accuse 19 morts sur 34 plaies; Garré, sur 700 cas de plaie du poumon, trouve une mortalité de 40 p. 100; en ne tenant compte que de la période antiseptique, la mortalité n'est pas inférieure à 30 p. 100.

M. de Martel a réuni dans sa Thèse 42 observations où l'on est

intervenu, et il a relevé 28 guérisons et 14 morts, soit une mortalité de 33 p. 100. La statistique personnelle de Baudet porte sur 12 cas, avec 3 morts, soit 25 p. 100. Mais, tous ces cas ne sont pas comparables; il y a en effet des cas complexes ou compliqués. Un cas avec plaie du cœur guéri, 1 cas avec plaie de l'artère mammaire interne guéri, 2 cas par rupture du poumon avec mort. Les véritables plaies du poumon, sans plaie d'autres organes par coup de couteau ou balles de revolver, comprennent 8 observations.

Ces 8 interventions ont donné à M. Baudet 7 guérisons et une mort par chloroforme. La mortalité n'est donc de 12,5 p. 100.

Comme le fit remarquer M. Rochard à la Société de Chirurgie (26 juillet 1907), si on réfléchit que la statistique de M. de Martel ne porte que sur des cas de la plus extrême gravité, que, par suite d'une technique défectueuse, seize fois on a pratiqué le tamponnement sans pouvoir faire la suture, on peut en conclure que dans les plaies du poumon s'accompagnant d'hémorragie grave l'intervention est supérieure à l'abstention.

Les objections contre l'intervention sont : 1° Les malades guérissent mieux dans les plaies de poitrine avec hémothorax graves par l'immobilisation systématique que par l'opération (nous venons de voir qu'il n'en est rien). Celle-ci, en effet, est importante, exige l'ouverture large du thorax et expose à transformer ces hémothorax fermés en hémothorax ouverts où l'air extérieur vient se mêler au sang et infecter la cavité pleurale de telle sorte que le malade est exposé, en plus du choc opératoire, aux complications infectieuses. Je pense que toutes ces objections sont erronées. Le choc n'est pas très grand, et la plus grande partie des opérés l'ont parfaitement supporté. La pénétration n'est pour rien ou pour très peu dans l'infection secondaire. En effet, dans l'immense majorité des cas il y a déjà de l'air venu des bronches volumineuses et contenant des germes septiques qui peuvent aussi avoir été introduits par l'agent vulnérant. Il est d'ailleurs facile de trouver des observations des malades opérés pour hémothorax abondant, et qui ont guéri après suture ou ligature des vaisseaux sectionnés, d'une façon fort simple sans drainage (Observations Lejars, Souligoux, Kuttner, etc). Ce qui prouve encore que les complications septiques ne sont pas le fait seulement des interventions, c'est qu'on les retrouve fréquentes chez les malades qui n'ont pas été opérés.

En réalité, ce qui retient beaucoup de chirurgiens d'intervenir c'est qu'il est difficile de savoir si l'hémothorax arrivé à un certain degré d'importance ne va pas cesser de s'accroître spontanément, la pression du sang contenu dans la plèvre arrêtant par compression l'hémorragie pulmonaire. Attendre trop, c'est laisser

passer le moment utile de l'intervention. M. Quénu a proposé dans ces cas de faire une ponction, de vider une partie de l'hémothorax : on remédie ainsi aux phénomènes graves de compression du cœur et du médiastin.

Puis si l'hémothorax se reproduit et augmente à nouveau, c'est signe que l'hémorragie continue; il y a lieu d'intervenir. C'est ce qu'il fit, 13 mars 1895, et il guérit son malade. Mauclaire, chez un blessé par balle de revolver, fit d'abord nettoyer, aseptiser la blessure, placer un pansement compressif et maintint le blessé au repos absolu. Injections de caféine, d'éther, d'ergotine et de sérum. Il revint voir le malade quatre heures après. Tout était prêt pour une intervention d'urgence. La dyspnée était plus marquée, le facies légèrement cyanosé. Il fit une évacuation de 5 à 600 grammes de sang pleural. Il estime avoir laissé volontairement dans la plèvre un demi litre de sang. Cette évacuation soulagea immédiatement le malade. M. Mauclaire resta auprès de lui le temps suffisant pour s'assurer si le sang ne se reproduisait pas. Dans ce cas, il aurait fait un volet thoracique. Ce qui fut inutile. Son malade guérit.

Mais cette ponction ne doit pas être répétée, sans quoi on arrive peu à peu à saigner son malade à blanc. C'est ce qui est arrivé au malade de M. Lejars, qui ne se décida à opérer qu'après trois ponctions faites à plusieurs jours d'intervalle.

En résumé, en présence d'un épanchement grave de la poitrine voici la conduite qui me paraît la plus sage.

Il faut examiner soigneusement son malade, l'ausculter et le percuter pour juger de l'importance de l'épanchement. Je crois qu'on s'est beaucoup exagéré la gravité qu'il y a à mobiliser un de ces blessés. Il est plus grave à mon sens de s'en tenir à des à peu près. D'ailleurs, ces malades ont été fortement mobilisés avant d'être couchés dans un lit d'hôpital et n'a-t-on pas vu des blessés atteints d'hémothorax être transportés dans les conditions les plus défectueuses à de longues distances du point où ils ont été blessés, sans que pour cela il se soit produit des accidents mortels. Sans doute, il vaut mieux pour les blessés ordinaires ne présentant pas de symptômes faisant penser à une intervention possible pratiquer l'immobilisation absolue; mais quand il s'agit de prendre une décision grave d'où peut sortir la vie ou la mort du malade, je crois qu'il faut s'entourer de tous les moyens de diagnostic et ne pas se décider à la légère pour l'abstention ou l'opération.

Si donc, après avoir examiné à fond le blessé, après avoir apprécié l'étendue de l'hémothorax, après avoir examiné soigneusement l'état du pouls, du cœur, s'être rendu compte s'il est ou

non déplacé, de l'état de la respiration, il faut rester auprès de lui, après avoir tout fait préparer pour l'opération, pour être sûr de la pratiquer avec l'asepsie la plus rigoureuse. Si on constate qu'après une heure ou deux le pouls ne faiblit pas, que le cœur ne se déplace pas davantage, on peut attendre, tout en laissant auprès de lui un aide chargé de le surveiller attentivement. Si au contraire le pouls augmente de pulsations et diminue d'amplitude, si la dyspnée s'accroît, si le cœur se déplace, je crois qu'avant d'intervenir encore on peut pratiquer, comme le conseille M. Quénu et comme l'a fait M. Mauclaire, une ponction et vider le thorax d'une partie de son contenu. Il se produit immédiatement une amélioration de ces symptômes, et si ce mieux persiste on s'en tiendra là ; si, au contraire, l'état s'aggrave de nouveau peu à peu et revient inquiétant, je pense qu'il faut intervenir séance tenante.

3° *L'épanchement après être resté stationnaire pendant les premières vingt-quatre heures, ou les premiers jours, augmente d'heure en heure et menace la vie.* — Il faut distinguer nettement deux cas.

Dans le premier, l'épanchement après être resté peu abondant pendant la première journée augmente peu à peu et peut entraîner la mort. L'observation de M. Delbet (Société de Chirurgie, 13 mars 1907) est typique. Un homme jeune entre à Laënnec avec une plaie du poumon gauche. L'état ne paraît pas grave : il y a eu très peu d'expectoration hématique. Occlusion de la plaie, repos. Le lendemain, épanchement cliniquement appréciable. Le second jour, l'épanchement a encore augmenté. L'état général était toujours bon; il y avait très peu de dyspnée, si bien que toute idée d'intervention fut écartée. Le malade succomba la nuit suivante.

Cette observation prouve combien il faut surveiller ces malades et que lorsque la plaie pulmonaire saigne d'une façon continue, il faut considérer le malade comme en danger et l'opérer, car dans ces hémorragies prolongées, le déplacement du cœur se faisant lentement, les phénomènes dyspnéiques sont bien moins marqués que dans les hémothorax abondant d'emblée.

Dans le deuxième cas. — L'épanchement, après être resté stationnaire pendant plusieurs jours, augmenta.

Cette augmentation peut être due à deux causes : 1° Le caillot obturateur a pu se détacher, et il s'agit d'hémorragie secondaire; 2° il s'est produit un épanchement de sérosité. Dans le premier cas, il faut intervenir par la thoracotomie. Le sang épanché se résorbe facilement et vite, s'il ne s'y mêle un processus infectieux. Celui-ci peut intéresser directement la plèvre ou bien

retentir sur elle par l'intermédiaire du poumon atteint de pneumonie traumatique. Bref, on voit souvent l'hémothorax se compliquer de l'exsudation de sérosité, fortement teintée en rouge, au point de ressembler presque à du sang pur.

Souvent l'évolution de cette véritable pleurésie s'accompagne d'une fièvre assez élevée due, soit à la pneumonie traumatique, soit à la réaction pleurale elle-même La fièvre ne doit pas être une indication absolue d'intervention; des observations nombreuses prouvent que des hémothorax, compliqués ou non de fièvre, se résorbent souvent assez vite; ce sont ces faits dont quelques-uns ont porté nombre de chirurgiens à se féliciter de n'être pas intervenus. Mais, à mon avis, la question n'est pas là. Ce qu'il faut établir, ce sont les indications qui doivent nous diriger dans ce traitement ardu.

Existe-t-il de la fièvre en même temps qu'un hémothorax? Il n'y a pas lieu d'intervenir si les phénomènes de matité, de dyspnée n'augmentent pas : on peut attendre en surveillant attentivement son malade. Mais il n'en est pas de même si la matité, la dyspnée, si le déplacement du cœur augmentent. Dans ce cas, je crois que les indications ne sont pas autres que celles qui ont cours dans la pleurésie ordinaire. C'est à la thoracentèse qu'il faudra avoir recours. Le liquide retiré sera soigneusement examiné, et, s'il est reconnu aseptique, l'on s'en tiendra là. Mais, s'il est septique, fétide ou franchement purulent, le traitement sera celui de la pleurésie purulente, c'est-à-dire la pleurotomie.

Si, au contraire, le sang retiré est du sang pur, je pense que la thoracotomie s'impose.

4° *L'hémothorax, quoique ne présentant pas de tendance à s'accroître ne se résorbe pas.* — Dans ces cas, il est vraisemblable qu'il existe une complication inflammatoire, même en l'absence d'élévation de température, comme dans le cas signalé par M. Peyrot, comme dans ceux rapportés par M. Nélaton, dont l'un s'est terminé par vomique au bout de plus d'un an. C'est à la pleurotomie, précédée d'une résection de côte, qu'il faudra avoir recours, après avoir, bien entendu, pratiqué une ponction de la poitrine pour se rendre compte de l'état du liquide contenu dans la plèvre.

Je viens d'envisager jusqu'ici les cas de malades transportés dans un milieu où il est possible de pratiquer une opération parfaitement aseptique. Mais il se présente souvent, dans la pratique, des cas où ces conditions ne sont pas réalisables. Il vaut mieux alors s'abstenir d'une façon absolue, immobiliser parfaitement le malade, après avoir nettoyé la plaie et placé un pansement occlusif.

On pourra faire au blessé une injection d'adrénaline ou de sérum de cheval, si l'on en a sous la main. Si, malgré tout, l'hémorragie s'aggravait, si le pouls faiblissait, si la dyspnée augmentait, il faudrait imiter la conduite de Delagénière qui, se trouvant en présence d'un malade en imminence de mort (le pouls était presque imperceptible ; il y avait des hémoptysies abondantes ; la respiration était courte et saccadée), et n'étant pas dans les conditions à intervenir par une large thoracotomie, fit un petit débridement de la plaie d'entrée, introduisit une pince de Lister dans le thorax, puis écartant les branches de sa pince laissa pénétrer lentement l'air extérieur. Le pouls devint plus perceptible, l'hémoptysie diminua. La plaie fut ensuite placée sous un pansement occlusif : le malade guérit.

Rapport.

Fracture du rocher. Troubles consécutifs. Trépanation,
par M. ROBINEAU, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. AUVRAY.

L'observation, qui fait l'objet de ce rapport, vous a été lue, il y a quelques mois, par notre collègue Robineau.

J..., âgé de cinquante-huit ans, est amené à l'hospice d'Ivry, le 27 mars 1910, sans connaissance. Il a été violemment frappé à la tête par le levier en bois qui sert à tendre la corde de son haquet, par suite de la rupture de cette corde, dont le fragment l'a également frappé. Il est couvert de sang et présente deux plaies linéaires du cuir chevelu : l'une en arrière au niveau de l'occipital, un peu à droite de la ligne médiane ; l'autre, dans la région frontale, assez exactement médiane.

A la face, deux plaies contuses occupent le sourcil droit et la lèvre supérieure. Ces plaies sont nettoyées et fermées par quelques points de suture. Aucune lésion du squelette n'est constatée au fond des plaies.

Le lendemain, ce malade m'est présenté comme atteint de plaies superficielles ; il est sorti du coma deux ou trois heures après l'accident ; sa lucidité est parfaite ; il ne se plaint que d'avoir la tête lourde. Le pansement, très souillé de sang, est changé ; une large ecchymose occupe les paupières, la région frontale et les joues. En nettoyant le visage, je constate que l'oreille droite est pleine de sang coagulé ; après avoir bien détergé le pavillon et le conduit auditif, je vois sourdre de ce

dernier du sang rouge, goutte à goutte. Le conduit est alors minutieusement lavé, puis tamponné avec de la gaze au peroxyde de zinc.

L'hypothèse d'une fracture du rocher étant admissible, je fais faire le 29 mars une ponction rachidienne qui ramène un liquide franchement sanglant. L'otorragie continue d'ailleurs sans arrêt pendant quatre jours, puis cesse brusquement. Je pose donc le diagnostic de fracture du rocher, malgré l'absence de tout autre symptôme d'une lésion traumatique de la base, car il n'y a eu ni ecchymose de la mastoïde ou du pharynx, ni paralysie d'aucune espèce.

Dès le 31 mars, le malade demande à rentrer chez lui ; je m'y oppose, car les plaies du cuir chevelu suppuraient un peu, et je n'étais pas sans inquiétude sur l'éventualité de complications septiques endocraniennes.

Le 2 avril, deuxième ponction lombaire qui ramène encore un peu de sang.

Le 7 avril, troisième ponction rachidienne qui permet de recueillir du liquide sous tension un peu teinté en jaune, donnant à la centrifugation un très petit culot.

Le 11 avril, quatrième ponction ; le liquide est à peine coloré.

Le 12 avril, le malade quitte le service malgré moi, en très bon état, ses plaies cicatrisées.

Le 20 avril, il est ramené à la consultation par sa femme. Il paraît amaigri, et est dans un état d'hébétude, d'abrutissement bizarre ; il reste assis, inerte, ne parlant pas ; toute la journée il est somnolent, mais la nuit il ne dort pas. Enfin, il est courbaturé, a mal dans les reins et accuse une céphalée diffuse ; la vue est trouble, bien que l'acuité visuelle ne paraisse pas diminuée et qu'il n'y ait pas de rétrécissement du champ. Enfin, fait important, le pouls est ralenti ; à divers moments je compte 54, 58, une fois seulement 60 pulsations.

La température est normale. Ces divers troubles sont survenus peu à peu depuis trois à quatre jours.

L'exploration du crâne décèle un point douloureux, de l'étendue d'une pièce d'un franc, siégeant à deux travers de doigt au-dessus du milieu de l'arcade zygomatique droite. La douleur existe à la pression et à la percussion. Il n'y a pas de modification de la surface du crâne.

L'inappétence est complète, mais il n'y a pas de vomissements. Une ponction lombaire donne issue à 15 centimètres cubes de liquide clair, hypertendu ; examiné au microscope, ce liquide ne renferme pas de leucocytes.

Les jours suivants, le malade est mis en observation ; la symptomatologie ne se modifie pas. Le pouls reste au-dessous de 60 ; la respiration, régulière, est plutôt lente. Pas de vertiges, pas d'agitation, pas de délire ; la somnolence persiste. Pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes ; pas de paralysie. La douleur locale ne bouge pas de place, mais ne s'étend pas. La courbature et la céphalée continuent sans avoir été modifiées par la ponction. La température est normale. Un examen du sang pratiqué le 27 avril montre que la formule leucocytaire est à peine plus élevée que la normale.

Je penchais pour un abcès cérébral, malgré l'absence de température, en raison de l'infection légère que j'avais constatée au niveau des plaies craniennes. J'envoyai le malade consulter le Dr Souques, qui conclut plutôt à une lésion de surface avec compression extraduremérienne par une esquille, ou mieux par un petit hématome. Il conseillait d'attendre encore un peu et de trépaner.

Aucune amélioration n'étant survenue, j'opérai ce malade, le 12 mai 1910, sous anesthésie à l'éther, un mois et demi après l'accident.

Opération. — Un petit volet osseux circonscrivant la zone douloureuse est taillé et rabattu de haut en bas; il n'intéresse que l'écaille du temporal. L'exploration de la dure-mère montre une dépression transversale en forme de sillon, plus accusée dans sa partie moyenne, et s'atténuant en avant et en arrière. Sur le volet osseux un épaississement répond à ce sillon et constitue une sorte de crête très mousse; au-dessus et au-dessous l'écaille a son épaisseur normale. Un rameau de la méningée moyenne s'est creusé un tunnel dans la partie épaisse de l'os. La dure-mère n'est pas tendue; les battements du cerveau se font normalement. Je ne vois donc pas l'utilité d'inciser la dure-mère, et après m'être assuré qu'il n'y a pas trace de fissure osseuse, de chevauchement, d'esquille, je me contente de réséquer la crête osseuse du temporal à la pince-gouge; au point le plus épais, l'os atteint presque un centimètre.

Le volet est ensuite rabattu; le muscle et la peau sont suturés.

Suites opératoires. — Quelques heures après le réveil, le malade ne ressent plus de céphalalgie; il souffre de sa plaie, mais son point douloureux a disparu.

Le 13 mai il est très gai, parle facilement, s'assied dans son lit et n'a plus l'air abruti des jours précédents. Le pouls bat à 92.

Le 14 mai, la nuit a été bonne et le sommeil régulier. L'appétit revient.

Le 16 mai, le malade se lève, mais il éprouve encore de vives douleurs lombaires et préfère regagner son lit. La vue n'est plus du tout troublée.

Le 18 mai, les fils sont retirés. Cicatrisation normale. La courbature lombaire continue, mais la céphalée n'est pas revenue et le malade « ne sent plus sa tête ». Le pouls varie de 84 à 92.

Du 20 mai au 20 juin, trois ponctions lombaires sont pratiquées, évacuant chaque fois 15 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Chaque ponction procure la disparition des douleurs lombaires, qui reviennent amoindries après un ou deux jours, puis cessent définitivement.

Chaque fois aussi, on remarque que la tension du liquide va en diminuant. Au milieu de mai, le malade éprouve encore une douleur dans la hanche droite et l'aile iliaque ne répondant à aucune lésion perceptible.

La guérison complète paraît donc obtenue, bien qu'il persiste de la rigidité de la colonne lombaire avec contracture des muscles et des douleurs dans les mouvements du tronc.

La palpation du crâne fait reconnaître que le volet osseux temporal est soudé; on perçoit encore une dépression transversale au niveau du segment réséqué. L'indolence à la pression est absolue. (Examen du 1er juillet).

Dans une lettre qu'il m'a écrite à la date du 4 mars 1911 pour me donner des nouvelles de son opéré, Robineau dit : « J'ai revu mon opéré une seule fois en novembre dernier, tout à fait rétabli, ayant repris son travail, et n'accusant comme troubles qu'un peu de céphalée de temps à autre. Mais sa femme m'a dit qu'il y était sujet déjà avant l'accident. Je ne lui ai pas refait de ponction lombaire. »

Les faits analogues à celui de Robineau, sans être exceptionnels, ne sont cependant pas très fréquents; c'est la raison pour laquelle j'ai cru devoir reproduire *in extenso* cette intéressante observation.

Elle semble rentrer, en somme, dans la catégorie des cas où les troubles nerveux observés sont sous la dépendance d'une lésion anatomique, intéressant exclusivement la paroi osseuse cranienne; exceptionnellement la lésion est représentée par un amincissement de l'os, qui est réduit à l'état de lame papyracée; plus souvent la lésion observée a consisté dans l'épaississement et la vascularisation anormale du périoste très adhérent à l'os, des lésions d'ostéite avec fistule suppurante, l'enfoncement d'une portion de la paroi cranienne, des esquilles irritant les méninges, un épaississement plus ou moins étendu de l'os qui devient éburné, une vascularisation anormale du tissu osseux, des hyperostoses limitées parfois à la table interne comme chez l'opéré de Robineau, et consécutives probablement à des fractures n'intéressant que cette table.

Comme on l'a signalé dans certains cas, l'apparition des accidents nerveux s'est faite de bonne heure chez l'opéré de Robineau, le malade n'ayant pas eu le temps pour ainsi dire de se rétablir de l'accident primitif.

Notre collègue a fait suivre l'histoire de son malade de quelques réflexions qui méritent d'être discutées.

Il a d'abord insisté avec raison sur la précision du diagnostic posé par M. Souques, qui avait admis l'existence d'une lésion de surface comprimant la dure-mère, diagnostic qui a été pleinement confirmé par l'opération, et qui était en opposition avec le diagnostic présumé de Robineau qui songeait à l'existence d'un abcès cérébral ou sous-dural. Pour rejeter cette hypothèse, Souques s'était appuyé sur le résultat négatif de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Son attention fut surtout attirée par la fixité de la douleur spontanée et par la localisation de la douleur à la pression en un point très limité et toujours le même. C'est vraisemblablement ce dernier fait qui lui a fait dire : lésion de surface.

Robineau s'est demandé ensuite si dans son cas il y avait eu fracture du rocher, et il a conclu par l'affirmative. Je crois qu'il a eu raison, car la présence de sang constatée dans le liquide céphalo-rachidien par les ponctions dans les jours qui ont suivi l'accident et l'otorragie abondante et prolongée, sont des signes tout à fait en faveur de l'existence d'une fracture.

Mais alors notre collègue s'étonne de ne pas avoir trouvé un trait de fracture vertical, ce qui est généralement la règle, reliant la fracture de l'écaille du temporal à la fracture du rocher; or, sur la face interne du volet osseux qu'il a soulevé, nulle part il n'a constaté l'existence d'une fissure ayant une direction verticale et descendant vers le rocher; la fissure du temporal était limitée et nettement horizontale. Robineau en conclut qu'il s'est trouvé vraisemblablement en présence de fractures *indépendantes*. Cette hypothèse est admissible; il est très possible en effet qu'on se trouve en présence d'une fracture isolée de la base, limitée au rocher, d'une part; et d'autre part, en présence d'une fracture isolée de l'écaille du temporal, fracture horizontale intéressant la lame vitrée dont les fragments ont fait une saillie prononcée vers la dure-mère, d'où la crête mousse et saillante rencontrée à la face interne du lambeau osseux. Enfin, à défaut d'une constatation anatomique, nous n'en avons pas la preuve absolue.

Ces fractures indépendantes, décrites encore sous le nom de fractures indirectes sont rares, mais leur existence n'est pas douteuse, et dans un mémoire de la *Revue de Chirurgie*, paru en 1903, Patel a admis qu'on pouvait observer plusieurs variétés de fractures isolées du rocher (fracture de la pointe, fracture parallèle, fracture perpendiculaire, fracture du rocher en des points multiples), sans relations avec un trait venu de la voûte, et il est parvenu à produire certaines de ces fractures expérimentalement.

Reste la question de l'intervention : celle-ci est particulièrement intéressante dans le cas que nous a présenté notre collègue. Il s'est laissé guider pour le lieu de l'intervention par la douleur spontanée et provoquée par les pressions digitales, en un point bien limité de l'écaille temporale, et, de fait, en l'absence d'un autre symptôme de localisation, se trouvant en présence de symptômes cérébraux diffus, c'était la seule conduite qu'il eût à tenir. L'intervention a eu un double résultat; elle a permis de supprimer l'hyperostose saillante à la surface interne du crâne et qui s'enfonçait dans la dure-mère au point d'y déterminer un sillon profond, mais à mon sens elle a agi aussi vraisemblablement comme intervention décompressive. Il me semble plausible d'admettre que les symptômes nerveux diffus observés (hébétude, torpeur

intellectuelle, somnolence, rachialgie, céphalée diffuse, trouble de la vue (malheureusement les papilles n'ont pas été examinées), pouls lent aux environs de 55) étaient sous la dépendance d'une augmentation de la pression intra-cranienne, qui s'est traduite à la ponction lombaire par une hypertension manifeste du liquide céphalo-rachidien.

En enlevant la portion d'os hyperostosée, Robineau a supprimé l'épine, qui entretenait une irritation permanente des méninges et qui était vraisemblablement la cause des accidents observés; mais du même coup, en réséquant la paroi osseuse du pariétal dans toute son épaisseur là où elle était hyperostosée, il a créé une brèche permanente dans la paroi cranienne, qui lui a permis de décomprimer l'encéphale et de lutter contre les phénomènes d'hypertension intra-cranienne.

Il a eu raison à mon sens de ne pas ouvrir la dure-mère, car rien ne l'y obligeait, et d'autre part l'hypertension intra-cranienne n'était pas extrêmement prononcée; mais je crois qu'il a bien fait, les accidents de rachialgie persistant après la trépanation, de compléter son opération par quelques ponctions lombaires. On remarquera qu'au fur et à mesure que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien allait en diminuant, les accidents s'amélioraient.

Il me semble donc qu'ici encore, comme je le disais dernièrement en étudiant la thérapeutique palliative des tumeurs cérébrales, le rôle joué par la décompression de l'encéphale a été important.

Je vous propose en terminant d'adresser des remerciements à notre collègue Robineau pour l'intéressante observation qu'il nous a présentée.

M. Broca. — Je crois que M. Auvray ferait bien de changer le titre de son rapport. Le malade a eu une fracture du rocher; Robineau a conclu à ce diagnostic d'après l'hémorragie auriculaire, et je crois qu'il a eu raison. Il a conclu à une fracture indépendante du rocher; c'est une hypothèse qui exigerait un examen plus complet que celui d'un petit fragment de la voûte. Mais il a trépané son malade au bout de plusieurs semaines pour une fracture consolidée de la voûte, et aucunement pour une fracture du rocher alors guérie; c'est ce que le titre ne fait pas comprendre.

M. Tuffier. — Je ne crois pas que la saillie osseuse soit la cause des accidents. Ceux-ci, à mon avis, sont dus à la contusion cérébrale, démontrée par la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

M. AUVRAY. — Je n'ai pas cru devoir changer le titre de l'observation présentée par M. Robineau parce que rien ne m'y autorisait; mais il est certain que dans le cas actuel la trépanation a été faite pour la fracture de la voûte et non pour celle de la base; l'auteur aurait pu l'indiquer. Toutefois, il a bien fait de parler dans son titre de la fracture du rocher, car l'un des points intéressants de l'observation est la discussion de la fracture indépendante de cet os. J'ai dit que celle-ci était vraisemblable, sans pouvoir en affirmer l'existence.

Je répondrai à M. Tuffier que j'ai bien songé à la part qui pouvait revenir dans les accidents nerveux observés à la contusion cérébrale qui est probable, puisqu'il y a eu du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Mais je ne m'y suis pas arrêté, parce que la douleur localisée a eu ici un caractère si prédominant, et la suppression de la saillie osseuse formée par la table interne de l'os a assuré une guérison si radicale, qu'il m'a paru plus simple de faire jouer le rôle prépondérant à cette hyperostose. Nous savons, du reste, d'autre part, que des symptômes nerveux analogues à ceux qu'a presentés l'opéré de Robineau peuvent s'observer avec des lésions n'intéressant que la paroi osseuse du crâne.

— Les conclusions du rapport de M. Auvray, mises aux voix, sont adoptées.

Présentations de malades.

Myxome intrapelvien avec prolongement dans la fosse ischio-rectale gauche. — Rétention d'urine. — Ablation de la tumeur. — Guérison.

M. MICHON. — Les myxomes intrapelviens ne sont pas très fréquents, et il m'a paru intéressant de présenter ce malade, chez qui une tumeur de cette nature et de ce siège a déterminé des accès de rétention et m'a obligé à opérer.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-deux ans, chauffeur de son métier, qui, en avril 1910, fut pris d'une rétention aiguë, ayant cessé après un seul sondage. Mais, à la suite de cette rétention, le malade conserva de la dysurie. Il est gêné pour les mictions et parfois, après un effort superflu, obligé d'attendre pour essayer à nouveau et vider sa vessie. Un quart d'heure, une demiheure et plus sont souvent nécessaires pour évacuer l'urine. Ces difficultés de la miction sont plus marquées la nuit que le jour.

Elles ne s'accompagnent d'aucune fréquence, d'aucune incontinence et d'aucun trouble des urines. Aucun trouble rectal.

Le 12 janvier 1911, éclate une nouvelle crise de rétention aiguë complète qui force le malade à entrer dans mon service de l'hôpital Cochin. A l'examen, on constate que l'uretère est libre; la prostate est de grosseur normale pour un homme de cet âge.

Mais par le toucher, on trouve, en arrière du rectum et débordant sur sa face latérale gauche, une tuméfaction considérable, molle et fluctuante, dont il est impossible d'atteindre la limite supérieure avec le doigt. La paroi rectale est à ce niveau souple et glisse facilement sur les tissus voisins.

De plus, au niveau de la fesse gauche, existe une tumeur déformant beaucoup la région sans limite très précise, siégeant entre l'ischion, l'anus et le sacrum, ayant presque le volume des deux poings. Elle est molle et paraît fluctuante; le diagnostic d'abcès froid est fait, bien que la transmission de la fluctuation de la fesse à l'intérieur du bassin ne soit pas nette. Deux ponctions sont négatives et ce diagnostic abandonné.

Le 21 janvier, *opération*. — Anesthésie au chloroforme, désinfection de la peau au chloroforme iodé.

Incision fessière commençant en avant à peu près au niveau de la ligne bi-ischiatique et se prolongeant en arrière en suivant le bord gauche du coccyx et du sacrum et ayant une longueur de 17 centimètres. Après la section de la peau, on tombe sur une masse multilobée, d'aspect gélatineux. Elle n'est pas très bien enkystée, et l'extirpation de ces masses mollasses ne peut se faire que par morcellement. La fosse ischio-rectale est entièrement vidée; on voit alors que la tumeur se continue à travers le muscle releveur avec la tumeur rétro-rectale. Il y a là un orifice large par lequel on peut pénétrer dans la cavité pelvienne. La masse myxomateuse remonte et remplit la concavité sacrée. Elle ne présente pas d'adhérence au rectum et est enlevée par morcellement. Son peu de consistance en facilite singulièrement l'ablation. L'hémorragie, au niveau de ce dénudement pelvien, est peu abondante. Tamponnement léger à la gaze au peroxyde de zinc. Suture cutanée.

Les suites opératoires furent simples; température maxima le troisième jour, 38°1. Cicatrisation lente, un suintement important ayant eu lieu au niveau du drainage. Le malade sort le 20 mars 1911.

Il s'agissait, d'après l'examen de M. Demanche, chef de laboratoire de l'hôpital Cochin, d'un myxome pur.

Le malade a été revu le 28 avril. Tous les troubles de la miction ont absolument disparu. La concavité sacrée est libre; il n'y a pas trace de tumeur.

Ce myxome avait pris naissance dans la concavité sacrée, der-

rière le rectum, et s'était insinué entre les fibres du releveur de l'anus pour faire saillie dans la région fessière. Il est peut-être à rapprocher des fibro-myxomes sous-péritonéaux décrits par MM. Proust et Trèves (1). En tout cas, il a beaucoup d'analogie avec une tumeur opérée par M. Brin (2), myxome pur à développement abdominal, mais avec prolongement vaginal et ischio-rectal.

Lymphadénome de l'intestin grêle, entérectomie, anastomose latéro-latérale. — Guérison.

M. Rochard présente une tumeur de l'intestin grêle enlevée chez une malade dont voici l'observation :

La malade, âgée de trente-deux ans, entre à l'hôpital, se plaignant de violentes crises abdominales dont elle est atteinte depuis fort longtemps, puisque la première crise remonte déjà à une quinzaine d'années.

Cette malade n'a jamais été atteinte d'aucune maladie l'obligeant à interrompre le cours de sa vie; cependant on note dans son histoire deux points présentant quelque intérêt.

Antécédents. — A l'âge de onze mois, elle a été opérée d'une « glande », dit-elle, d'un ganglion probablement, intervention dont on voit la cicatrice à droite, longeant le bord inférieur du maxillaire inférieur, commençant environ à 1 centimètre de l'angle de la mâchoire pour se continuer sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

La malade a toujours toussé l'hiver, toux accompagnée de quelques crachats peu abondants, mais elle n'a jamais présenté d'hémoptysie.

Si l'on joint à ceci le fait que *son père* est mort à quarante-quatre ans, après une affection pulmonaire, non précisée par la malade, et qui aurait duré quatre ou cinq ans;

Que *sa sœur*, encore vivante, a été atteinte, il y a environ huit ans, d'une pleurésie qui a duré trois mois et demi, et qui aurait nécessité une intervention chirurgicale sur laquelle la malade n'est pas très explicite ;

L'on constate donc que cette malade présente des antécédents assez chargés, surtout au point de vue bacillaire.

Histoire de la malade. — Jusqu'à dix-sept ans, âge où elle a été réglée, elle n'a jamais souffert de rien.

A dix-sept ans, a eu une crise de douleurs abdominales très vio-

(1) Proust et Trèves. Contribution à l'étude des fibromes sous-péritonéaux. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1908, pp. 93-160.

(2) Brin. Myxome sous-péritonéal du ligament large. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900, pp. 305-314.

lentes, qui a duré une dizaine de jours, accompagnée de vomissements; les crises douloureuses étaient surtout fréquentes la nuit et, au cours de ces crises, la malade était atteinte de diarrhée, faisait sous elle une selle liquide; à cette selle correspondait la fin des douleurs.

Après cette crise, qui a été la première en date, la malade a éprouvé des crises douloureuses analogues, survenant à des époques indéterminées et sans cause apparente, le plus souvent après une fatigue quelconque; ces crises au début étaient très espacées, se produisaient quelquefois tous les ans, soit plusieurs fois par an, la malade restant sans souffrir pendant une année.

Dans l'intervalle des crises, la malade n'a rien remarqué d'anormal; elle était plutôt sujette à la diarrhée qu'à la constipation, déclare avoir vu quelquefois des selles un peu colorées, foncées, mais n'a jamais vu de selles noirâtres ou sanguinolentes; il n'y a donc jamais eu de melæna, la malade est formelle à ce sujet.

Dans ces dernières années, les crises se succédèrent plus rapprochées, pour se produire enfin, dans ces derniers mois, toutes les semaines. C'est alors que la malade, sur les instances de son médecin, se décida à entrer salle Denonvilliers.

Examen. — La malade se plaint de coliques violentes qui durent depuis huit jours, depuis une crise plus marquée que les autres, d'une telle violence, qui a été syncopale, et qui a été cette fois-ci suivie d'une période de constipation qui dure deux ou trois jours, suivie d'une diarrhée assez marquée.

Elle est, dit-elle, amaigrie.

A *l'inspection*, le ventre est ballonné, légèrement saillant dans la partie médiane au-dessous de l'ombilic.

La *palpation* réveille la douleur dans la région cæcale seulement; en ce point, on peut sentir une petite masse très dure de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureuse à la pression et qui se déplace latéralement, tumeur que l'on a pu sentir également dans la région située entre l'Ep. I. A.-S. et l'ombilic.

La pression réveille quelques contractions péristaltiques visibles dans la région sous-ombilicale, et des bruits de glou-glou par suite de déplacement de gaz.

Signes fonctionnels. — Interrogée au point de vue des crises douloureuses, dont l'acuité a été telle qu'elles ont été souvent suivies de syncope, la malade dit que ces crises commençaient après une période de constipation assez marquée et débutaient par des *coliques* très vives, donnant à la malade une sensation de torsion et de nouure, débutant toujours au même point dans la région sous-ombilicale, d'intensité progressive et cessant brusquement lorsqu'elles ont atteint leur maximum.

Polypéristaltisme. — Ces coliques sont accompagnées de contractions péristaltiques énergiques visibles, que la malade compare à un serpent qui remuerait sous le nombril.

Bruits musicaux. — La fin des coliques est marquée par la production de bruits musicaux perceptibles à distance et qui gênent beaucoup la

malade. L'on se trouve donc en présence du *syndrome de König* complet.

Actuellement, les douleurs abdominales sont continuelles et accompagnées de borborygmes.

L'examen de l'abdomen et l'ensemble symptomatique constaté nous ont conduit à examiner les poumons de la malade.

Examen des poumons. — A la percussion, l'on ne dénote qu'un peu de submatité au sommet droit. L'auscultation montre en avant à droite, des craquements, perceptibles également en arrière ; à gauche, la respiration est obscure au sommet.

La malade tousse l'hiver, crache un peu, mais son expectoration muqueuse n'est pas caractéristique.

Opération. — Quatre jours après son entrée à l'hôpital, la malade est opérée le 8 avril 1911, sous l'anesthésie chloroformique.

Tumeur. — Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe immédiatement sur une tumeur grosse comme une pomme de terre, siégeant sur la partie moyenne de l'intestin grêle. *Tumeur* formée de deux lobes à peu près égaux, séparés par un rétrécissement très serré. Elle est absolument mobile.

On trouve de nombreux ganglions mésentériques. On pratique la résection de la tumeur après écrasement et fermeture en bourse des deux bouts ; puis l'on fait une anastomose latéro-latérale.

La paroi est refaite en un seul plan.

Les suites opératoires ont été normales, la malade n'a pour ainsi dire pas présenté de température le lendemain. En effet, elle avait 38 degrés la veille et les jours précédant l'opération.

Le lendemain, 9 avril, 38°4 ; la température est redescendue pour se maintenir à 37°5.

Depuis les bronzes ont été enlevés le 18. La réunion s'est faite par première intention. La malade se sent très bien, a bon appétit, bien qu'ayant toujours une légère élévation thermique vespérale et qu'elle tousse toujours un peu.

Examen de la pièce par M. Cain. — La tumeur forme deux bosselures sensiblement égales, occupant toute l'épaisseur du segment intestinal, sans tendance à la pédiculisation, et séparées par un étranglement annulaire, siège de la sténose intestinale. La surface extérieure est lisse, arrondie, avec seulement quelques nodosités un peu saillantes.

Après section longitudinale, l'on constate que l'intestin ne contient que quelques débris sanguinolents dans sa lumière. Celle-ci se modèle sur la surface externe et forme deux dilatatrices que sépare un étranglement très étroit, rigide, n'admettant pas l'extrémité de l'auriculaire. Au niveau des zones dilatées, la tumeur présente une paroi dont l'épaisseur varie entre 1 et 2 centimètres; elle est le siège d'une infil-

tration uniforme, d'aspect lardacé, sans foyers hémorragiques ou ramollis, de consistance ferme.

Les villosités habituelles de la paroi intestinale ont disparu. La surface de la tumeur est mamelonnée et irrégulière.

La tumeur se délimite très nettement à ses deux extrémités et sur ses deux faces. Elle est longue de 13 centimètres.

Examen histologique. — Tandis que de part et d'autre de la tumeur l'intestin offre une structure normale, il est presque impossible de retrouver au niveau de la paroi de la tumeur la topographie habituelle.

Ce qui domine, c'est une infiltration diffuse de cellules néoplasiques dans la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculeuse.

En dehors, la tumeur est limitée par une coque conjonctive assez épaisse, très vascularisée et dissociée par les cellules néoplasiques.

La musculeuse a complètement disparu ainsi que la sous-muqueuse; toutes deux sont remplacées par la masse du néoplasme que parcourent des faisceaux de tissu conjonctif adulte plus ou moins réticulés.

La *muscularis mucosæ* ne subsiste que par places, sous forme de bandes conjonctives longitudinales perdues au sein de la tumeur.

Le revêtement épithélial, les glandes de l'intestin ont une structure normale; il ne s'agit donc pas d'un épithélioma. Mais leur disposition est profondément remaniée.

La tumeur infiltre la muqueuse, refoule et dissocie les culs-de-sac glandulaires, envahit les villosités, repousse au dehors le revêtement épithélial qui manque par places.

Si l'on examine de plus près les éléments cellulaires qui constituent la tumeur, l'on voit que pour la plupart ce sont des cellules à noyaux vivement colorables entourés d'une petite zone de protoplasme; ils répondent donc au type du lymphocyte. Mais l'on est aussi frappé par le polymorphisme cellulaire.

A côté des lymphocytes, l'on trouve des cellules plus volumineuses à protoplasme acidophile, à noyau clair, très chromatique, dont un très grand nombre sont en karyokynèse ; des cellules comparables aux macrophages du tissu conjonctif; des cellules de grande taille multinucléées, semblables aux mégacaryocytes; des plasmazellen, de rares polynucléaires. En certaines places où l'infiltration est moins dense, on remarque l'existence d'un réticulum très fin, acidophile, contenant dans sa trame des noyaux; réticulum en tous points comparable au réticulum syncitial que nous allons constater au niveau des follicules clos de l'intestin.

En effet, ces caractères histologiques (cellules de type lymphocytique, présence d'un réticulum) qui nous permettent de ranger la tumeur dans le groupe des lymphadénomes (le polymorphisme cellulaire, les néo-vaisseaux ne sont pas assez marqués pour que l'on puisse songer au lymphosarcome), nous les retrouvons au niveau de la trame lymphoïde de la muqueuse et des follicules clos.

Ceux-ci ont pris un développement considérable; leur centre germinatif est clair, très étendu. Ils ont la structure d'un ganglion lymphatique hyperplasié, révélant toutefois une activité et un polymorphisme

plus marqués que d'ordinaire (karyokynèses, mégacaryocytes, macrophage, prolifération des noyaux du réticulum).

Il ne semble pas qu'il faille assimiler ces follicules clos, dont l'activité est insolite, aux ganglions lymphocytes voisins d'un cancer dont l'hyperplasie est normale (Thèse de Fage).

La trame lymphoïde qui infiltre la muqueuse et les villosités, détruit la muscularis mucosœ, entoure les follicules clos et se continue directement avec la tumeur — présente les mêmes caractères cellulaires. Si bien que l'on peut admettre que les follicules clos et le tissu lymphoïde normal de l'intestin sont le siège même de la tumeur; et peut-être n'est-il pas impossible de supposer que c'est à leur niveau que le néoplasme a pris naissance et a infiltré secondairement l'intestin. Ce serait là un argument précieux en faveur de l'origine locale du lymphadénome.

En faveur de l'origine locale plaide la formule sanguine normale :

Hémoglobine (Tallquist).	80-90
Globules rouges	3.800.000
— blancs.	7.200
Polynucléaires neutrophiles.	66
Lymphocytes et moyens mononucléaires	30
Grands mononucléaires.	3
Forme de transition.	1

Présentation de pièce.

Corps étranger de la vessie et de l'urètre.

M. Ombrédanne. — Il y a trois semaines, un garçon de quatorze ans se présentait dans mon service, avec un fil électrique qui émergeait de son méat sur une longueur de 25 centimètres. Il avait fait des tentatives réitérées et inutiles pour enlever ce fil en tirant sur l'extrémité et n'avait pu y parvenir.

J'introduisis le fil qui débordait le méat dans une sonde à bout coupé de gros diamètre que je fis glisser aussi loin que possible espérant faire la route au nœud du fil dont je soupçonnais l'existence. Je ne réussis pas. Alors, sentant au périnée un corps dur, j'incisai et fis la taille de l'urètre postérieur. J'enlevai alors par cette voie le paquet de fil électrique que je vous présente, et qui constitue un nœud d'un volume considérable et d'une extraordinaire complexité.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 MAI 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — M. RUSPOLI, chargé d'affaires d'Italie, envoie un certain nombre d'exemplaires du programme du VIIe Congrès international contre la tuberculose qui doit se tenir, à Rome, du 24 au 30 septembre prochain.

3°. — M. KIRMISSON fait hommage à la Société de la deuxième édition de son *Précis de chirurgie infantile.*

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse à M. Kirmisson les remerciements de la Société.

4°. — M. MOUCHET, chirurgien des hôpitaux, envoie cinq observations d'intervention pour *invagination intestinale.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. OMBRÉDANNE est nommé rapporteur.

5°. — M. le Dr CANTAS, agrégé de chirurgie et de médecine opératoire à l'Université d'Athènes, envoie une note sur *Un cas de greffe épiploïque* d'un *évidement osseux pour ostéomyélite.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

6°. — Une note complémentaire sur *Une mycose rencontrée dans des tumeurs de la fesse chez un indigène*, par M. le Dr J. BRAULT (d'Alger), membre correspondant de la Société (voir p. 628).

A propos de la correspondance.

Note complémentaire sur une mycose rencontrée dans des tumeurs de la fesse chez un indigène algérien,

par M. le Dr J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Dans la séance du 22 mars 1911, j'ai présenté à la Société la relation d'une mycose spéciale de la fesse observée chez un indigène algérien, *n'ayant d'ailleurs jamais quitté l'Algérie* (1).

Au cours de l'étude du champignon rencontré, j'indiquais que, pour la détermination exacte du parasite, je m'en remettrais à la compétence d'un mycologiste (2).

J'ai adressé des cultures, des préparations et des coupes à M. le Dr Pinoy, de l'Institut Pasteur de Paris, si compétent en la matière; avec une extrême bonne grâce, il a bien voulu se mettre à ma disposition et déterminer le champignon en question.

Voici le résumé d'une note préliminaire qu'il a bien voulu m'envoyer :

« Ce champignon appartient au même groupe que les *Sachsia*, les *Monilia* ; il a des affinités avec les Cladosporium, dont il diffère, d'une part, parce qu'il ne donne pas de filaments dressés ; d'autre part, par la couleur de ses conidies qui sont blanches au lieu d'être brunes. Les conidies se groupent en amas à l'extrémité des filaments comme chez les Gliosporum ; c'est la première fois qu'un champignon de ce genre est signalé comme parasite; ce *Gliocladosporium* n'a jamais été décrit. »

Depuis ma communication du 22 mars, j'ai continué l'étude du parasite, j'ai fait des cultures (3) sur de nouveaux milieux, en particulier sur bouillon d'Alfa et de crin végétal et des géloses de même nature (4). De nombreux animaux ont été inoculés [lapin,

(1) Dans cette communication, page 406, au bas de la légende de la 1re figure, lire : Zeiss objectif, 1,5 millim. NA 1,30, et non NA 30. A la dernière ligne de cette même page, lire : stérigmates, au lieu de stigmates.

(2) D'autant que j'ajoutais que je n'avais pu rapporter la mycose en question à aucune de celles qui sont connues pour envahir notre tégument externe.

(3) J'ai une petite rectification à faire pour les cultures sur gélose glycosée glycérinée; les premières cultures en traînée s'étaient montrées plus sèches que les autres et comme pulvérulentes; depuis, dans les repiquages, je n'ai plus eu cet aspect, les cultures se sont montrées plus grasses.

(4) Sans grand succès jusqu'à présent; on se souvient que notre indigène travaillait ces substances.

cobaye (1), rat, pigeon (2)]; jusqu'à présent, sauf sur le pigeon, nous n'avons pas obtenu de résultats bien caractéristiques.

M. le Président. — J'annonce à la Société que notre collègue, M. le Dr William Mayo, de Rochester (Minnesota), assiste à la séance.

Communications.

Corps étranger contenu dans le foie. Abcès du foie et du poumon. Guérison,

par M. COUTEAUD.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. le médecin de 1re classe de la marine Pervès et au mien, quelques réflexions sur un abcès du foie qui contenait une aiguille de l'aspirateur Dieulafoy.

Je fais passer sous vos yeux cette aiguille qui ne mesure pas moins de 10 centimètres et demi, et qui correspond au calibre n° 4 de l'appareil.

Observation. — *Abcès du foie contenant une aiguille Dieulafoy, n° 4, suivi d'un abcès du poumon. Guérison*, par le Dr Pervès, médecin de 1re classe de la marine.

D..., trente-deux ans, brigadier d'artillerie coloniale, après un séjour de trois ans en Cochinchine, est atteint de dysenterie pendant son voyage de retour, en octobre 1908. Un mois après, il est opéré pour la première fois d'un abcès du foie, dans une ville de l'Est. (Incision dans le 9e espace intercostal sur la ligne axillaire.)

Il est opéré une deuxième fois dans la même ville, en mai 1909. (Après ponction au Dieulafoy, incision dans le 8e espace intercostal, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.)

Le 25 septembre 1910, étant au régiment à Cherbourg, il a une vomique peu abondante de pus chocolat. Envoyé à l'hôpital, il présente des signes d'hépatite suppurée.

(1) Les deux premiers cobayes inoculés dans le péritoine avec des cultures sur milieux solides étaient morts rapidement; depuis, nous avons fait l'inoculation intrapéritonéale avec 1 centimètre cube d'une émulsion de culture, sans rien provoquer de net jusqu'à présent.

(2) Un pigeon inoculé aux pattes présente d'un côté une tuméfaction dure, très notable, qui progresse encore à l'heure actuelle.

Une intervention, le 8 octobre, avec résection de 8 centimètres de la 7e côte, dans la région thoracique postérieure, ne donne pas de résultat, l'abcès n'ayant pas été trouvé. La vomique continue et l'état général du malade périclite de jour en jour.

Le 10 novembre, sous anesthésie chloroformique, nous pratiquons plusieurs ponctions, en différents endroits du foie. Ces ponctions restent négatives; mais, aux environs de la ligne mamelonnaire, dans le 8e espace intercostal, nous avons, lorsque l'aiguille est presque entièrement enfoncée, la sensation d'être arrêté par un tissu très dur. Certain que nous sommes de l'existence d'un abcès du foie, et décidé à le trouver, nous pratiquons un volet thoracique à charnière supérieure, comprenant dix centimètres de la 8e et de la 9e côte, entre les lignes mamelonnaire et axillaire postérieure. Après incision du diaphragme préalablement suturé aux plèvres costale et pariétale, nous introduisons la main gauche entre le diaphragme et le foie. Nous rencontrons des adhérences que nous détruisons d'abord facilement, mais qui deviennent de plus en plus résistantes, à mesure qu'on s'avance vers le dôme supérieur du foie, du côté de la ligne mamelonnaire. Là, nous trouvons une légère voussure. Nous enfonçons alors notre index gauche dans le tissu hépatique et à une profondeur de 4 ou 5 centimètres, nous sommes arrêté par un tissu très dur que notre doigt ne réussit pas à entamer. Nous y plongeons une aiguille d'aspirateur Callot et du pus couleur chocolat remplit aussitôt le corps de la pompe. Un long bistouri, guidé sur le doigt, pratique une large ouverture par où s'écoule un litre de pus environ. En explorant la poche avec l'index gauche, nous sommes surpris d'y sentir un corps étranger mobile et bientôt, avec une longue pince, nous retirons une aiguille Dieulafoy n° 4, d'une longueur de 10 cent. 5, nullement détériorée. Elle séjournait probablement dans le foie depuis mai 1909, *c'est-à-dire dix-huit mois.*

La vomique (pus chocolat) cessa aussitôt après cette intervention et l'abcès du foie marcha progressivement vers la guérison, de façon normale.

Brusquement, un mois après l'opération, survient une douleur très vive à la région thoracique postérieure dans le 6e espace intercostal; puis il y a de la fièvre, de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate, etc.

Nous pensons à une collection purulente de la plèvre et nous faisons plusieurs ponctions à la limite du foie et du poumon. Elles restent négatives.

Le 28 décembre, dans un accès de toux, il survient une vomique de 100 grammes environ de pus blanc, complètement différent du pus hépatique de la vomique antérieure. Un abcès pulmonaire était donc constitué.

L'état général est alors déplorable et on désespère de sauver le malade. Cependant, contre toute prévision, la guérison de ce nouvel abcès pulmonaire se fit rapidement, favorisée, croyons-nous, par l'ingestion, pendant vingt jours consécutifs, de 10 centimètres cubes de suc pulmonaire (extrait glycériné de poumon de mouton, selon la for-

mule du médecin de la marine Brunet) (1). Au 15e jour de ce traitement, toute expectoration purulente avait cessé et le malade était transfiguré. Du 9 janvier au 3 avril 1911, il est passé de 44 kil. 900 à 71 kil. 300, soit un gain de 53 livres.

L'état général est excellent. Il ne tousse plus, quoique la radiographie fasse constater des adhérences du poumon droit à la paroi thoracique et au diaphragme. Un second traitement au suc pulmonaire, pour combattre l'essoufflement dû aux adhérences, a eu un résultat merveilleux. Il n'est pas exagéré de dire qu'une véritable résurrection s'est effectuée chez ce malade.

Cette observation tend à mettre en relief deux choses nouvelles : 1° la longue tolérance possible du foie pour un corps étranger vulnérant; 2° l'utilité du suc pulmonaire pour la guérison d'un abcès du poumon.

Je résume les faits. Un soldat a porté pendant deux ans un abcès dans le foie dont le pus s'évacuait à la fin par les bronches. Il a subi quatre hépatotomies. La dernière intervention permit d'extraire d'un abcès hépatique fortement enkysté une aiguille n° 4, d'aspirateur Dieulafoy, abandonnée depuis dix-huit mois. Le foie rentra dans l'ordre, mais, malgré une amélioration passagère, le pus se collecta dans le poumon et l'état du malade devint désespéré. Il finit cependant par guérir, grâce, dit M. Pervès, au suc pulmonaire.

Occupons-nous d'abord du corps étranger intrahépatique. Son origine n'est pas douteuse : cette aiguille trocart de 10 centimètres et demi fut malencontreusement abandonnée dans le foie lors de la deuxième hépatotomie. Le patient ignorait cet incident et ne paraît pas en avoir beaucoup souffert pendant les dix-huit mois qu'il conserva ce corps étranger dans le côté droit. Je ne crois pas que le foie soit toujours aussi complaisant à l'égard des corps étrangers. Permettez-moi à ce propos de vous résumer l'histoire d'un cas quelque peu analogue.

(1) Le suc pulmonaire du Dr Brunet est un extrait glycérino-aqueux à 1/10 de poumon frais de mouton.

Les points importants de la préparation sont : le choix du poumon sur l'animal qu'on vient d'égorger, la macération aussi hâtive que possible, la filtration sur bougie et la répartition en flacons d'une dose de 10 centimètres cubes.

La dose quotidienne est de 10 centimètres cubes par voie buccale; durée du traitement : 20 jours.

En injection sous-cutanée, la dose est de 5 centimètres cubes.

Nota. — Pour plus amples détails, on peut consulter :

1° La thèse du Dr Brunet (*Le suc pulmonaire*). Bordeaux, 18 déc. 1896;

2° Les *Archives de médecine navale*, année 1906, sous le titre : « État actuel de l'opothérapie pulmonaire », par le Dr Brunet.

Un médecin de mes amis fut opéré il y a une quinzaine d'années pour un abcès du foie. Il en guérit mais conserva inclus dans le foie un drain mal fixé lors des pansements. Il éprouva des souffrances très grandes pendant longtemps, si bien qu'il crut devoir aller se faire radiographier pour savoir en quel point du foie ou de la plèvre le drain se trouvait placé. Les rayons X, étaient encore à leur aurore, et ils ne décelèrent rien d'anormal dans le côté droit. Notre confrère souffrit encore pendant quelque temps de son côté, puis il s'habitua à son mal et il n'en a conservé que les mauvais souvenirs des premiers jours, d'autant plus qu'il jouit maintenant d'une santé excellente.

Il m'est arrivé, en pansant un abcès du foie, de provoquer et de faire cesser *ad libitum* chez le patient une douleur scapulaire à droite, en plaçant un drain ou en le retirant de telle ou telle façon. Le sujet de l'observation de M. Pervès souffrait, lui aussi, de l'épaule droite lorsqu'on lui injectait dans le foie, pour le panser, de l'éther iodoformé : cette douleur réflexe persistait pendant une minute, puis cessait complètement. Et cependant, je le répète, cet homme a pu conserver pendant dix-huit mois son trocart dans le foie sans souffrir d'une façon continue.

Une particularité intéressante, c'est cette carapace fibro-calcaire qui circonscrivait le pus du foie et que le bistouri n'entama qu'en la faisant crier : M. Pervès dut même remplacer son bistouri boutonné par un bistouri pointu. Les abcès hépatiques sont assez souvent enkystés (surtout dans nos régions), mais la présence d'une coque aussi dure est un fait très rare. Il est possible que les réactions vitales engendrées par la présence du corps étranger aient contribué à cet enkystement si solide du pus.

Le second point important de l'observation de M. Pervès est relatif à l'action bienfaisante du suc pulmonaire. On a vu que les premiers résultats de la quatrième hépatotomie avaient été très favorables et que peu à peu la sécrétion purulente du foie s'était tarie, la suppuration restant localisée au poumon droit. A ce moment le malade déclina promptement et on le crut perdu. C'est alors qu'on lui administra par la bouche 10 centimètres cubes de macération de poumon frais de mouton préparé dans de la glycérine. L'action de ce suc pulmonaire a paru merveilleuse au Dr Pervès et à de nombreux médecins de la marine qui en ont été les témoins. En effet, le patient ne tardait pas à guérir et à acquérir un embonpoint extraordinaire puisque, en trois mois, il avait regagné 53 livres. Ce n'est pas tout encore. Une fois guéri, ce militaire souffrait d'un fort essoufflement qu'on pourrait attribuer aux adhérences du foie, du poumon et du diaphragme : en effet, la radioscopie montrait des opacités à la base du poumon droit, dont la locomotion était presque nulle. Il a suffi d'un second

traitement au suc pulmonaire pour que l'homme se trouvât tout à fait bien. Actuellement, il court, il grimpe les escaliers sans essoufflement, et il peut même sans effort, dit-il, faire du pas gymnastique.

Cet homme a donc fait l'objet d'une double expérience favorable d'opothérapie pulmonaire. Des résultats observés par M. Pervès, je puis me porter garant, ayant examiné longtemps le malade à l'hôpital de Cherbourg. Quant à l'interprétation des faits, j'hésite encore à me prononcer. Je n'ignore pas que MM. Arnozan et Cassaët ont, grâce au suc pulmonaire, obtenu des guérisons remarquables de certaines fistules pleurales rebelles. Mais ce qui motive ma réserve, c'est que je connais deux cas d'abcès interlobaire du poumon où le suc pulmonaire du poumon préparé selon la même formule ne donna aucun résultat. Toutefois, comme cette médication est peu connue et qu'elle paraît avoir agi favorablement dans le cas de M. Pervès, je me garderai d'en déconseiller l'emploi en semblable occasion. J'estime seulement qu'il est prudent d'attendre de nouvelles observations pour proclamer la vertu de cette opothérapie pulmonaire.

M. Tuffier. — Je ne crois pas que la calcification de cet abcès soit due à la présence du corps étranger. J'ai vu deux exemples de ces calcifications — l'un était une pleurésie purulente ouverte dont les parois se tapissaient de véritables « coquilles d'huître ». J'ai publié le cas dans la *Revue de Chirurgie*, et chaque opération d'ablation de la paroi était suivie d'une nouvelle calcification. J'enlevai toute la paroi pour guérir le malade.

Le second était un abcès du foie ouvert depuis six mois; la reproduction du calcaire se fit indéfiniment, malgré mes opérations.

La nature de la suppuration, ou plutôt probablement d'un agent infectieux qui précipite les phosphates, est la cause de ces calcifications pariétales, d'ailleurs rares.

M. Couteaud. — Je ne nie nullement le processus de calcification d'un abcès du foie par précipitation des phosphates. Ce point n'est qu'un des petits côtés de ma communication et je n'y insisterai pas. Je rappellerai seulement que les abcès du foie d'origine coloniale que nous voyons dans les hôpitaux de la marine ne sont pas toujours enkystés : cela dépend, en général, du plus ou moins de chronicité de la suppuration. L'abcès du foie observé sous les tropiques est ordinairement non enkysté : c'est pour ainsi dire un abcès chaud. Au contraire, dans nos climats, l'abcès du foie qui a été souvent méconnu et qui n'est opéré que

tardivement est plus souvent enkysté : c'est une sorte d'abcès froid. La coque qui entoure le pus est soit celluleuse, soit fibreuse, soit fibro-calcaire. Une enveloppe calcaire, purement osseuse autour du foie, est une chose rarement constatée, soit au cours des hépatotomies, soit sur la table d'amphithéâtre.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les plaies pénétrantes de poitrine.

M. PAUL THIÉRY. — Puisque la question des traitements des plaies de poitrine s'est rouverte devant la Société de chirurgie, je voudrais reproduire quelques observations que j'avais déjà émises lors de la discussion précédente.

Tout d'abord, je partage absolument l'opinion de M. Tuffier lorsqu'il dit que, « ou bien les blessés meurent dans les quelques heures qui suivent l'accident, ou bien ils guérissent le plus souvent ».

J'ajouterai : sauf hémorragie secondaire.

Il est donc évident que si un chirurgien se trouve en présence d'un cas grave, fût-ce un interne, et que le traumatisme ne remonte qu'à quelques heures, il est autorisé à opérer, et il en résulte aussi qu'il existera d'autant plus d'indications opératoires que le chirurgien sera appelé plus tôt puisqu'il pourra intervenir dans les cas d'extrême urgence dans lesquels toute minute de retard aggrave le danger de mort.

Le blessé peut mourir de complications tardives, suppuration d'un hémothorax, etc..., et il y aura lieu de traiter opératoirement ces complications, non pas d'une façon préventive, mais en temps utile et en dehors de toute urgence; là n'est pas la question.

Dans les grands traumatismes, l'indication opératoire se réduit à une question de diagnostic sur laquelle au fond nous sommes tous d'accord et qui est la suivante : au moment où le chirurgien voit le blessé, y a-t-il encore hémorragie? ou celle-ci est-elle arrêtée, et le caillot providentiel qui empêche la plaie pulmonaire ou cardiaque de saigner est-il solide?

J'ai vu comme tous nos collègues, surtout les chirurgiens de garde, beaucoup de ces plaies : beaucoup ont guéri seules, alors que j'avais déconseillé l'intervention, et parmi elles, dont quatre observées chez des étudiants en médecine après tentative de suicide par coup de revolver, beaucoup pouvaient au premier

abord être considérées comme des plus graves; enfin d'autres cas paraissaient désespérés et c'est d'eux que je désire m'occuper.

Bien entendu, nous sommes tous d'accord sur les cas bénins et même de moyenne gravité et l'abstention me paraît devoir être la règle, les complications d'hémothorax ne comportant qu'une urgence très relative.

Mais c'est dans les cas très graves, où il y a *collapsus* que le doute est permis et qu'il y a le plus grand intérêt à répondre à ces deux questions :

Le blessé saigne-t-il encore?

L'hémorragie provisoirement arrêtée va-t-elle se reproduire?

Eh bien, dans ces cas, il existe un procédé de diagnostic à peu près certain et sur lequel j'ai déjà attiré l'attention, mais qui me paraît être trop négligé par les orateurs précédents : c'est l'injection massive, *intraveineuse* de sérum artificiel. Il faut ouvrir la saphène interne au-devant de la malléole, même s'il y a état de mort apparente, et en quelques minutes injecter un litre, un litre et demi et même deux litres de sérum. Son action est instantanée : si l'état général se remonte, c'est que le blessé ne saigne plus, c'est que le caillot est solide et que l'hémorragie ne se reproduira pas; c'est donc là un procédé à la fois de diagnostic et de traitement et je lui dois la vie d'une étudiante en médecine atteinte de perforation du cœur par balle de revolver : au moment où je fis l'injection, elle pouvait être considérée comme perdue, et j'ai déjà publié ici-même ce cas qui a fait l'objet d'un rapport de M. Felizet; si, au contraire, malgré le sérum intraveineux l'état reste alarmant, il faut lever un volet thoracique et trouver la source de l'hémorragie.

En général, lorsqu'il y a traumatopnée avec pulvérisation de sang par la plaie, le sérum ne fait rien et il faut opérer.

Je sais bien qu'on pourra m'objecter :

1° Que l'injection de sérum augmente la tension sanguine;

2° Qu'elle peut détacher le caillot protecteur, mais alors sa solidité était bien précaire et ce sont là des objections théoriques auxquelles il n'y a pas lieu de s'arrêter.

Je crois donc qu'on peut, autant qu'une question si délicate puisse être résolue par des affirmations, résumer la ligne de conduite du chirurgien de la façon suivante :

A. Cas bénins et de moyenne gravité : ne pas intervenir ou opérer plus tard s'il y a complication secondaire;

B. Cas très graves ou désespérés :

1° S'il y a traumatopnée avec pulvérisation de sang par la plaie, intervenir immédiatement, surtout si la blessure vient de se

produire; si elle date de plusieurs heures, différer l'intervention;

2° S'il y a collapsus, faire immédiatement et en hâte l'injection massive de sérum; intraveineuse, son effet doit être immédiat. Si l'état général se remonte (pouls, respiration, facies coloré, etc...), il ne faut pas opérer.

Si malgré l'injection de sérum l'état du blessé reste alarmant, il ne faut plus perdre de temps et aller à la recherche du foyer de l'hémorragie.

Je dois à cette conduite au moins trois beaux succès grâce à l'abstention, et deux véritables résurrections par intervention précoce.

M. Riche. — « On ne prête qu'aux riches », dit le proverbe. C'est sans doute pour ne pas le faire mentir que mon ami Souligoux, dans notre dernière séance, m'a prêté un beau succès opératoire dans un cas de plaie de poitrine.

J'ai, en effet, pratiqué une thoracotomie, mais ce ne fut pas un triomphe, car mon opéré mourut au bout de six jours. Néanmoins, dans un cas pareil, j'interviendrais à nouveau et j'affirme que le plus convaincu des abstentionnistes ne se conduirait pas autrement.

L'observation est assez intéressante pour que je la rappelle devant vous :

Le 22 mars 1909, entrait dans mon service de Bicêtre un journalier âgé de trente-quatre ans. Il était *huit heures et demie* du matin, et *une heure plus tôt* il s'était frappé d'un coup de couteau. L'interne de garde le trouva en état de shock assez marqué et sentant l'alcool. Il présentait une plaie de 2 centimètres de long à 3 centimètres au-dessous et un peu en dehors du mamelon gauche, dans le sixième espace. Pas d'hémoptysie, hémorragie extérieure très légère, pouls bien frappé à 90.

Je le vis à *neuf heures trois quarts*. Il était pâle, moins shocké qu'à l'arrivée, avec un pouls très bon, toujours à 90. Pas d'emphysème, pas de dyspnée. Je le percutai sans le faire asseoir et constatai que son thorax était sonore jusqu'au plan du lit. En somme, l'état me parut peu grave et j'allai tranquillement faire une opération qui n'avait rien d'urgent.

Trois quarts d'heure plus tard, je revis mon blessé : les lèvres et les conjonctives étaient complètement décolorées; on ne sentait plus le pouls radial; le pouls carotidien était incomptable et à peine perceptible : la mort par hémorragie était imminente. Matité thoracique antérieure totale.

Transport à la salle d'opération; toilette rapide mais soignée, anesthésie chloroformique.

Je taillai un volet à charnière externe comprenant les 3e, 4e et 5e côtes,

coupant les cartilages au bistouri en dehors de la mammaire interne. Sans section costale, le volet se laissa récliner suffisamment. Un flot de sang jaillit; l'hémithorax était complètement rempli par du sang noir et des caillots. Le poumon était absolument rétracté; je le saisis et découvris, en cherchant bien, sur la face antérieure du lobe inférieur une petite plaie par laquelle sortait encore un peu de sang. Un surjet de trois points suffit à aveugler l'orifice et je refermai le thorax. Le tout n'avait pas duré un quart d'heure.

Pendant l'opération, on avait fait du sérum sous la peau et dans la veine céphalique; le pouls radial redevint légèrement perceptible; caféine, huile camphrée, éther.

A 2 heures, l'état général était manifestement meilleur; le pouls radial était nettement perçu, mais encore incomptable; le blessé prononçait quelques mots et réclamait à boire.

A 4 heures, on put compter le pouls, qui battait à 150.

A 7 heures, la soif était moins vive, l'aspect était meilleur, la voix plus forte. La peau se réchauffait. Pouls, 128; température, 39°2; respiration, 40.

A minuit et demie, pouls, 120.

Le lendemain, facies presque normal, voix bien timbrée. A 9 heures, pouls, 104; temp., 37°8; respiration, 30. Le soir, temp., 38°5; pouls, 104.

Le 24 mars, je le trouvai en excellent état et sa guérison ne faisait pour moi aucun doute. Le soir, temp., 38°7; la respiration est un peu gênée, à 32.

Le 25, la gêne respiratoire augmente. Respiration, 34; pouls, 124; temp., 38°5. Il se trouve un peu serré; on défait le pansement : la plaie a bonne mine; un peu d'emphysème à la partie supérieure. Matité en arrière jusque vers la pointe de l'omoplate.

Le soir, temp., 39°2; le pansement a été traversé par un peu de liquide séro-hématique. Pouls, 120; dyspnée moindre.

Le 26, la température est à 37°6, mais l'état général laisse à désirer. Pouls médiocre à 120. On défait le pansement; la plaie opératoire ne s'est pas désunie. Une ponction retire 300 grammes de liquide séro-hématique.

Le soir, transpiration; temp., 38°2; pouls, 120; respiration, 30.

Le 27, le blessé a passé une mauvaise nuit, la dyspnée est vive. Pouls, 120.

Le 28, oppression notable, pouls filant à 150. Une ponction retire 1.200 grammes de liquide légèrement teinté de sang. Sérum sous la peau, éther, caféine. Mort à 10 heures du matin.

L'autopsie ne put être faite que le 30; la veille, le médecin légiste avait soulevé le volet et il s'était écoulé environ 1 litre de liquide; on en retrouva encore à peu près autant, légèrement rosé. La cavité pleurale était complètement tapissée par une couche de fibrine d'un centimètre d'épaisseur; au-dessous, on retrouvait la plèvre d'aspect normal et le poumon totalement rétracté.

Les sutures avaient bien tenu; en coupant le parenchyme pulmonaire, on pouvait suivre le trajet du couteau sur une longueur de 3 cen-

timètres. L'incision des cartilages avait passé à un demi-centimètre en dehors de la mammaire interne.

Il ressort tout d'abord de cette observation que les cas que M. Tuffier attend pour intervenir, ceux où l'hémorragie va tuer le blessé sans l'avoir tué encore, existent indubitablement. Mon malade s'était blessé à 7 heures et demie, et je l'opérai mourant un peu avant 11 heures, soit un peu plus de trois heures après le coup de couteau ; j'ai la conviction absolue qu'il n'aurait plus vécu une demi-heure.

De ce que j'ai fait une thoracotomie, faut-il conclure que je suis interventionniste ? A l'occasion, oui ; mais je considère que cette occasion doit rester exceptionnellement rare.

Ce n'est pas parce que je trouve l'opération difficile et je me garderai bien de protester contre l'affirmation de M. Delorme, lorsqu'il nous dit qu'un jour elle paraîtra aussi facile ou presque aussi facile que la ligature d'une grosse artère ouverte. J'irai plus loin : la thoracotomie est plus facile qu'une ligature d'artère. Celle-ci exige des connaisances anatomiques précises ; de celle-là on se tire avec un peu de tempérament.

Mais si l'opération est facile, elle est loin d'être toujours inoffensive et elle est le plus souvent inutile. La plupart des blessés guérissent, quand on veut bien les laisser tranquilles. Fait important, les non-opérés guérissent surtout plus simplement que les opérés ; les observations nous montrent que beaucoup de ceux-ci ne se tirent d'affaire qu'après avoir traversé des péripéties inquiétantes.

Il faut surtout éviter la comparaison simpliste que l'on est tenté de faire des plaies du thorax avec celles de l'abdomen. Ce sont deux ordres de faits tout différents. Une plaie de l'abdomen peut avoir ouvert un viscère dont le contenu est d'une septicité non douteuse, avoir déterminé une hémorragie dont la tendance à s'arrêter est à peu près nulle ; enfin, la laparotomie est aujourd'hui une intervention d'un pronostic extraordinairement bénin. Au niveau du thorax, c'est tout le contraire : la septicité du viscère est problématique, la tendance à l'hémostase spontanée est démontrée et la thoracotomie est loin d'être une opération indifférente. Le péritoine se défend infiniment mieux que la plèvre.

Doit-on, pour établir les indications d'une thoracotomie, accorder plus d'importance aux phénomènes locaux qu'aux phénomènes généraux ou inversement ? Je me garderai bien d'émettre une opinion à ce sujet. Ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est qu'il ne faut pas se laisser influencer par l'aspect inquiétant que pré-

sente le blessé tout au début; il est fonction du choc nerveux, du pneumothorax et souvent de l'alcoolisme.

C'est l'aggravation de l'état primitif ou la succession d'un état grave à un état peu inquiétant qui doit armer notre main. L'intervention ne se décidera donc pas d'un seul coup d'œil, mais on ne quittera pas le blessé ou au moins le reverra-t-on à intervalles assez rapprochés.

Lorsque la thoracotomie d'emblée n'aura pas été faite, que quelques jours auront passé sur l'accident, le problème n'est pas toujours pour cela définitivement résolu. La surveillance peut devenir moins étroite, mais elle ne doit pas se relâcher complètement. L'hémorragie peut persister ou l'hémorragie secondaire se produire. J'ai vu dans le service de mon maître Tillaux un jeune homme qui semblait hors de danger, dont la plaie se rouvrit au bout d'une quinzaine de jours en laissant échapper un flot de sang et qui finit par mourir épuisé : on avait laissé échapper l'indication d'une thoracotomie secondaire. L'infection aussi la commande parfois.

Enfin, l'on sera amené quelquefois à intervenir tardivement, soit par une pleurotomie, soit par une simple ponction, lorsqu'un épanchement ne viendra pas à bout de se résorber. Ici non plus il ne faut pas apporter une hâte exagérée ; tant que la respiration n'est guère gênée et que la température reste normale, il n'y a pas péril en la demeure. J'ai encore eu dernièrement deux blessés chez lesquels j'ai tergiversé quelque peu pour faire cette évacuation, et pendant mes hésitations la bonne nature a parachevé son œuvre.

Rapports.

Sarcome de l'ovaire chez une fillette de trois ans, déterminant une puberté prématurée,
par M. le Dr Guibal (de Béziers).

Rapport de M. SAVARIAUD.

L'observation, très intéressante, de M. Guibal peut se résumer de la façon suivante :

Enfant de trois ans présentant une tumeur abdominale à développement très rapide dont le début semble remonter à deux mois et qui aurait apparu d'abord au-dessus du pubis. L'enfant n'éprouve aucune souffrance, mais elle est très amaigrie quoique non cachec-

tique. Le volume exagéré du ventre, qui est tendu à éclater, contraste avec l'aspect du thorax, dont on peut compter toutes les côtes. Circulation veineuse sous-cutanée très développée. Matité sur toute l'étendue de l'abdomen, sauf à l'épigastre. A la palpation, on distingue très bien une tumeur dure sous une mince couche de liquide. Cette tumeur, de consistance charnue, est absolument bloquée et immobile. M. Guibal élimine la péritonite tuberculeuse, le cancer du rein, le kyste du mésentère, et pense à une tumeur de l'ovaire surtout à cause d'un signe qu'il n'a vu signalé nulle part, à savoir la précocité sexuelle caractérisée par le développement insolite des seins, et par l'existence de poils sur les grandes lèvres; ces poils ont 2 à 3 centimètres, ils sont noirs, gros, assez nombreux, mêlés à un duvet abondant. Ces symptômes traduisent, dit M. Guibal, un hyperfonctionnement de l'ovaire.

Un autre signe, qui a frappé les médecins et les sœurs gardes-malades dans les jours qui ont suivi l'opération, était la maturité psychique de cette enfant : au cours des visites que lui faisait sa mère, elle demandait des nouvelles de la santé de son père et de ses frères, elle se renseignait sur la vie matérielle de la ferme, s'enquérant de l'état des troupeaux, de la marche des travaux, avec un sérieux de petite femme raisonnable, qui n'aurait peut-être pas surpris de la part d'une fillette de quinze ans, mais qui était étrange pour une enfant de trois ans.

L'opération paraît avoir été pénible et angoissante eu regard au volume énorme de la tumeur, ainsi qu'à ses adhérences pariétales et viscérales.

Deux anses d'intestin notamment sont étroitement appliquées à la surface, ce qui lui donne l'apparence d'une tumeur rétro-péritonéale. M. Guibal craint un moment de ne pouvoir en venir à bout : aussi, fort sagement d'ailleurs, se garde-t-il de l'extériorer dès le début, de peur de ne pouvoir recoudre si par malheur il était obligé d'abandonner la partie. Finalement, grâce à quelques manœuvres heureuses, la tumeur est enlevée, mais à ce moment le pouls faiblit, la pâleur est extrême, la respiration s'arrête complètement, puis revient bientôt sous l'influence de piqûres excitantes.

Avant de refermer, M. Guibal jette un coup d'œil sur l'ovaire sain et constate qu'il est hypertrophié, il a le volume d'une petite amande; l'utérus, haut de 4 à 5 centimètres dans sa partie visible, participe à cette augmentation de volume.

Les *suites* sont des plus heureuses. L'enfant sort guérie le vingtième jour. Elle est revue sans récidive treize mois plus tard.

L'opération a été suivie de la prompte disparition des signes de puberté précoce. Un mois après, les seins avaient fondu, quatre mois plus tard, les poils du pubis avaient disparu.

L'*examen* de la pièce fait par M. Mauté a montré qu'il s'agissait d'un énorme sarcome fuso-cellulaire, avec des géodes contenant les uns du sang, les autres de la sérosité ou du mucus.

La tumeur pesait 4 kil. 400, il y avait 1 litre d'ascite, en tout 5 kil. 1/2, alors que l'enfant, une fois débarrassée de sa tumeur, n'en pesait que 12.

Telle est l'intéressante observation de M. Guibal. L'auteur la fait suivre de plusieurs remarques; il insiste particulièrement sur la valeur diagnostique de la précocité sexuelle, et se demande à quoi on peut attribuer la précocité intellectuelle de sa petite malade.

Désireux de contrôler la valeur du syndrome qui a frappé M. Guibal, j'ai feuilleté nos classiques et pas plus que lui je n'ai pu y trouver quoi que ce soit qui s'y s'apporte. Nos livres parlent bien de menstruation précoce, mais on ne nous dit point à quoi attribuer cette anomalie, ni si elle est influencée par les hypertrophies ou altérations de certains organes. Un article déjà vieux du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, constate que cette précocité n'est point un gage de bonne constitution et que la plupart des sujets qui en sont atteints meurent en bas âge.

Les travaux modernes heureusement nous ont davantage permis de satisfaire notre curiosité, car la puberté précoce a fait l'objet d'assez nombreux travaux dans ces dernières années.

D'après ces travaux, on peut dire que tantôt cette anomalie est essentielle, c'est-à-dire ne paraît reconnaître pour cause aucune altération d'organes; tantôt, elle paraît symptomatique.

Parmi les pubertés précoces symptomatiques récemment mises en lumière, il faut citer *celle qui succède à l'hypertrophie ou aux tumeurs de la glande surrénale.*

Cette connaissance est de date toute récente. Bulloch et Sequeira (*Transactions of Path. Soc. of London*, 1905, t. LVI, p. 184), et plus récemment notre collègue des hôpitaux le Dr Apert (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, déc. 1910), ont bien mis ces faits en lumière.

A l'encontre de l'altération de la substance médullaire des surrénales qui provoque la maladie d'Addison, l'hypertrophie de leur substance corticale provoque le *vieillissement précoce* des sujets qui en sont atteints. Adiposité extrême, développement exagéré des poils, précocité sexuelle s'il s'agit de jeunes enfants, hermaphrodisme même si l'hypertrophie de la corticale surrénale est contemporaine de la période embryonnaire.

Parmi les cas rapportés par mon collègue et ami le Dr Apert, en voici quelques-uns qui me paraissent des plus typiques ; ils ont

trait à des tumeurs en général très volumineuses des capsules surrénales.

Obs. IV. — Tumeur abdominale constatable à la naissance; la fillette a eu un développement très précoce. Elle était déjà énorme à dix mois. A deux ans, on constate un développement sexuel anormal avec remarquable état velu surtout aux parties génitales et paragénitales. A l'autopsie, *énorme tumeur surrénale* avec noyaux secondaires dans le poumon.

Obs. VIII. — Fillette de quatorze mois, née avec une tumeur abdominale; poils durs, longs et noirs aux grandes lèvres, développement considérable de poils à l'abdomen, aux parties latérales du thorax, au dos et aux joues. *Tumeur à structure surrénale.*

Les observations IX, X, XI et XVI du mémoire d'Apert sont calquées sur les précédentes. Pour terminer enfin :

Obs. XVII. — Fillette de quatre ans et demi. Clitoris semblable à une petite verge. Depuis neuf mois, apparition d'une toison pubienne. *Tumeur surrénale* avec noyaux dans le foie et les poumons.

Ainsi donc, il est surabondamment prouvé que les tumeurs à structure surrénale corticale ou hypernéphromes s'accompagnent d'hypertrichose et de précocité sexuelle.

En compulsant nos Bulletins, j'ai trouvé sans peine un cas de M. Gaudier (*Bull. Soc. Chir.*, 1908, p. 709) ayant trait à un *hypernéphrome de l'ovaire* qui s'accompagnait lui aussi de précocité sexuelle. L'auteur, qui devait ignorer les faits que je viens de rapporter, n'a pas mis en valeur ce syndrome, mais il nous est facile maintenant de nous l'expliquer et d'y voir autre chose qu'une simple coïncidence. Voici résumée cette observation d'après le rapport de notre maître et professeur Hartmann.

« Fillette de quatre ans. Début trois mois auparavant par des métrorragies et des ménorragies assez abondantes. Développement d'une tumeur très mobile, régulière et lisse. Mont de Vénus garni de poils très développés. Petites lèvres fortement pigmentées, dépassant les grandes lèvres. Seins pourvus d'une aréole brunâtre avec tubercule de Montgomery et cercle veineux de Haller ayant un diamètre de 10 centimètres. L'opération permet d'enlever avec facilité une tumeur pédiculée, du volume d'une orange, d'aspect glandulaire à la coupe et ayant la structure typique de la substance corticale de la capsule surrénale. L'ovaire était refoulé à la périphérie de la tumeur. Il s'agissait donc d'un hypernéphrome para-ovarique.

L'hypernéphrome para-ovarique de M. Gaudier nous amène à parler maintenant des *tumeurs ovariques qui s'accompagnent de précocité sexuelle.* Ces observations sont extrêmement rares, puisque je n'ai pu en relever que deux appartenant toutes les deux à

Croom que je cite d'après la thèse de Dreyfus (*Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire*, Paris 1907).

Premier cas. — Une enfant de sept ans avait eu une hémorragie vaginale, qui récidiva lors de son entrée à l'hôpital. Les seins étaient de la taille d'une orange. Le mont de Vénus est normalement développé et couvert de poils de 3 centimètres.

A l'opération, tumeur de l'ovaire droit qui fut enlevé. Guérison.

Avant le départ de l'hôpital, les pertes vaginales disparurent, l'hypertrophie mammaire persistait.

Deuxième cas. — Enfant de sept ans, souffrant d'une grosse tumeur abdominale. Violée plusieurs fois par un jeune garçon, elle eut immédiatement après une perte abondante qui dura presque sans interruption jusqu'à son admission à l'hôpital, soit huit mois environ après le viol.

A son entrée, elle présente les signes physiques d'une grossesse de sept mois, seins développés, ligne brune abdominale, poils abondants sur le pubis et sur les grandes lèvres. Souffle perçu des deux côtés à l'auscultation de la tumeur.

La tumeur était facilement mobilisable, dure, sans connexion, avec la plèvre. Ce signe fit écarter le diagnostic de grossesse. Le cathétérisme de l'urètre montra qu'il était hypertrophié (8 centimètres), mais vide. Développement intellectuel au-dessous de la moyenne. Ovaire opposé petit et mal développé.

Opération facile. Revue quelques mois après, on constate que le contour des seins est moins distinct, l'aréole a pâli, la ligne brune est moins nette; mais les poils du pubis ont plutôt augmenté. La cavité utérine n'a plus que 3 centimètres et l'enfant n'a plus eu d'hémorragie vaginale.

Dans une thèse récente sur les rapports qui existent entre les troubles de la menstruation et les tumeurs de l'ovaire, je n'ai trouvé aucune mention de la précocité sexuelle.

Signalons encore d'après Apert, bien que la chose nous écarte de notre sujet, que le syndrome de l'hypertrichose généralisée acquise avec hypertrophie clitoridienne a été observé à plusieurs reprises en coïncidence avec des humeurs ovariques quelconques. Alberti et Duradonna ont vu chez des jeunes femmes de vingt et vingt-quatre ans, la *masculinisation*, c'est-à-dire le développement de la barbe et l'hypertrophie du clitoris apparaître en même temps que des kystes de l'ovaire.

Les *tumeurs de la glande pinéale* enfin sont capables de provoquer le syndrome qui nous occupe et MM. Raymond et Claude en publiaient récemment un exemple (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1910). Plus typiques encore sont les cas par eux cités de Œstreich et Slawyk : Enfant de quatre ans ayant tous les attri-

buts d'un enfant de sept à huit ans avec un pénis de 9 centimètres, des poils sus-pubiens, du colostrum..... Et celui de Ogle : Enfant de six ans ayant le pénis d'un jeune homme de dix-sept ans, toison pubienne..... A l'autopsie, tumeur de la glande pinéale.

En somme, il semble que la précocité sexuelle soit influencée par la sécrétion de différentes glandes vasculaires sanguines, glande surrénale, glande pinéale et accessoirement par le développement de tumeurs ovariennes.

Etant donnée la fréquence relative des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et la rareté des observations où est notée la précocité sexuelle, il ne semble pas que le syndrome signalé par M. Guibal ait une valeur considérable.

La coexistence d'une tumeur abdominale et du syndrome en question doit évoquer avant toute chose l'idée d'une tumeur à structure surrénale corticale... accessoirement l'idée d'une tumeur ovarique.

L'adiposité du sujet paraît constante dans les altérations de la surrénale et n'est point signalée dans les tumeurs ovariques. Par conséquent, en l'absence d'autres signes permettant de localiser le point de départ de la tumeur vers la région lombaire ou vers le pelvis, on pourra s'appuyer sur l'adiposité du sujet pour penser plutôt à une lésion surrénale.

La précocité intellectuelle signalée par M. Guibal, dans sa très curieuse observation, me paraît être l'objet d'une simple coïncidence. Voici, pour terminer, un exemple de précocité sexuelle avec précocité extrême de l'intelligence liée à une tumeur de la glande pinéale.

Cas de Frankl-Hochwart (*in* Raymond-Claude). Garçon de cinq ans. A trois ans, commence à grandir d'une façon anormale, de sorte qu'à cinq ans il en paraissait sept. Développement intellectuel précoce : *il parle de l'immortalité de l'âme, de l'au-delà*, sans que personne s'entretienne de ces questions autour de lui. Pénis de 7 centimètres. Toison sus-pubienne. Adiposité. Signes de tumeur cérébrale. A l'autopsie, tumeur de la glande pinéale.

Carcinome solide et dur des annexes gauches chez une jeune fille de seize ans. Ablation de la tumeur de l'utérus, des annexes droites et de l'appendice, par M. le D[r] RASTOUIL, ex-interne des hôpitaux de Paris, chirurgien à La Rochelle.

Rapport de M. SAVARIAUD.

M. Rastouil nous a adressé une observation qui peut se résumer de la façon suivante : Une jeune fille de seize ans présente depuis plusieurs années des douleurs abdominales.

Première crise à l'âge de douze ans qui dure douze jours, pendant lesquels elle conserve nuit et jour une vessie de glace sur le ventre. A quatorze ans, premières règles, qui depuis viennent tous les mois et durent trois jours. Pas de pertes dans l'intervalle. Depuis deux ans, elle souffre continuellement du côté gauche. Un médecin consulté constate une tumeur et adresse la malade au D[r] Rastouil.

Lorsque notre confrère voit la malade, elle n'a pas eu ses règles depuis deux mois, état général bon. Tumeur solide, peu mobile, développée dans l'hypogastre gauche, paraissant avoir des connexions étroites avec l'utérus, dont on arrive toutefois à la distinguer. Le cul-de-sac vaginal gauche, le postérieur et aussi l'antérieur sont refoulés.

La malade est opérée à l'hôpital de La Rochelle. Un peu de liquide citrin dans le péritoine. On reconnaît que la tumeur, du volume d'une tête de fœtus, est développée aux dépens des annexes gauches. Adhérences épiploïques intestinales. Ablation en un seul bloc des annexes droits (l'ovaire de ce côté est scléro-kystique), de l'utérus et de la tumeur. On termine par l'appendicectomie. Suites parfaites.

L'examen histologique, fait par le D[r] Sabrazès, de Bordeaux, dont la compétence est bien connue, conclut à un carcinome dont les éléments caractéristiques sont des cellules épithéliales de 10 à 14 μ de diamètre, cubiques ou polyédriques, parfois arrondies ou ovulaires, tantôt agminées, tantôt éparpillées dans la masse conjonctive. Celle-ci composée de faisceaux onduleux parfois très denses, entrecoupée de fibres lisses, est remarquable par une infiltration très considérable de cellules lymphoïdes sans réticulum adénoïde régulier.

En somme, longue durée des accidents douloureux, absence d'ascite cliniquement perceptible, ablation assez facile malgré quelques adhérences intestino-péritonéales, tels sont les carac-

tères principaux de cette tumeur qui, à l'examen histologique, s'est révélée être un carcinome.

La tumeur enlevée par M. Rastouil présente avec celle de M. Guibal des différences considérables.

La première était un sarcome fuso-cellulaire énorme, représentant en poids presque le tiers du poids total de l'enfant, avec d'énormes géodes kystiques, adhérent de toutes parts, remplissant tout l'abdomen et paraissant s'être développé d'une façon ultra-rapide.

La seconde est un carcinome dur, elle paraît s'être développée lentement, ne présentant au bout de plusieurs années qu'un volume considérable, ne déterminant que peu ou pas d'ascite, ne présentant que peu d'adhérences.

Dans l'opération de M. Guibal enfin, l'opération fut dramatique, angoissante, la petite malade faillit rester sur la table d'opération. Dans le cas de M. Rastouil, l'opération paraît avoir été des plus faciles.

Ce serait certes l'occasion, en présence de deux cas aussi tranchés, de vous faire un beau parallèle entre le sarcome et le carcinome. Il n'en coûterait à votre rapporteur que de généraliser d'après deux cas particuliers; malheureusement, cela serait tout à fait contraire à la vérité, et j'aime mieux vous dire que, d'après les travaux les plus récents, le diagnostic clinique entre ces deux ordres de tumeurs est absolument impossible; quant au diagnostic anatomique, il est entouré lui-même des plus grandes difficultés, et rien ne paraît plus obscur pour un profane et même pour les histologistes que l'anatomie pathologique du cancer de l'ovaire.

Quand on lit la thèse de Dreyfus (*Tumeurs malignes primitives de l'ovaire*, Paris, 1907) et surtout le remarquable rapport de notre collègue M. Mériel (*Les tumeurs solides de l'ovaire*, VIe Congrès de gyn., d'obst. et de pédiatrie, Toulouse, septembre 1910), on voit qu'entre les tumeurs en apparence les plus diverses, telles que sarcome, carcinome, endothéliome, ce sont bien souvent des nuances qui servent de bases à l'interprétation des histologistes, de sorte que l'impression qu'on retire de cette lecture c'est que le diagnostic anatomique d'un cancer ovarien est à l'heure actuelle une question de nationalité et de situation géographique.

On comprend dans ces conditions qu'il soit impossible d'établir un parallèle entre des variétés de tumeurs qui ne sont séparées que par des barrières aussi fragiles et aussi changeantes.

Impossible, par exemple, de savoir si le carcinome est une tumeur fréquente ou une tumeur rare. Autrefois, il n'en était pas question en France, où l'on ne connaissait que le sarcome; depuis quelques années, le nombre des cas se multiplie au détriment du

sarcome, et je ne serais pas étonné que d'ici quelques années il ne remplisse la place vide laissée par son concurrent.

L'endothéliome, très fréquent en Allemagne, est à peu près nié en France par de très bons auteurs.

Cette absence de base anatomique obligera les cliniciens à se contenter, sans doute pendant longtemps encore, de la dénomination vague de *cancer solide de l'ovaire*, trop heureux encore si cette dénomination répondait à un tableau clinique assez individualisé pour qu'on puisse le reconnaître au lit du malade, c'est-à-dire avant que, suivant l'expression du professeur Segond, l'opérateur n'ait mis « la main dans le ventre ».

Je me bornerai dans ce court rapport à vous schématiser d'après les travaux les plus récents la symptomatologie et le pronostic opératoire actuels du cancer de l'ovaire.

Au *point de vue clinique*, le cancer de l'ovaire arrivé à la période de cachexie a des signes bien connus qui permettent d'en faire le diagnostic d'une façon presque certaine, mais cela n'a pas grand intérêt, car l'affection à ce moment a franchi la période chirurgicale et constitue pour la plupart des opérateurs prudents un *noli me tangere* auquel il ne faut pas toucher sous peine de cruels déboires.

A la *période pré-cachectique* ou chirurgicale, les symptômes suivants pourraient d'après les auteurs précités permettre de faire un diagnostic, ou du moins leur groupement constitue-t-il une très forte présomption en faveur d'un cancer de l'ovaire.

1° Les *douleurs paroxystiques* ou à *type névralgique* paraissent avoir une réelle valeur diagnostique. A quoi sont-elles dues? A la tumeur elle-même, à des adénopathies, à des phénomènes de compression? Les auteurs ne sont pas explicites à ce sujet, mais quand on voit une tumeur petite, incapable de comprimer quoi que ce soit, donner lieu à des douleurs très vives, on est bien obligé d'admettre que ces douleurs sont propres à l'organe dégénéré. La prolifération des éléments des néoplasiques sans doute comprime les nerfs sensitifs de l'ovaire, de là les douleurs;

2° Les *troubles menstruels*, aménorrhée ou hémorragies, sont presque constants dans le cancer ovarien. Ces symptômes peuvent égarer le diagnostic. Les métrorragies font penser à un fibrome et l'aménorrhée fait penser à la grossesse. Notons que les métrorragies ont été observées chez de très jeunes enfants. Les malades de Croom et de M. Gaudier avaient de fortes pertes sanguines;

3° Sur la *précocité sexuelle*, le développement précoce des organes génitaux, celui des seins, du système pileux chez les enfants, je me suis expliqué tout à l'heure, je n'y reviens pas;

4° Le *pseudo-hermaphrodisme* est considéré comme une circonstance prédisposante;

5° Le *développement précoce de l'ascite* indique un cancer ou un papillome de l'ovaire, ou bien une simple tumeur solide, telle qu'un fibrome;

6° L'*amaigrissement* précoce a une certaine valeur, il indique en général une tumeur maligne;

7° La *consistance*, tantôt dure, tantôt molle et fluctuante, tantôt mixte ne peut servir à établir un diagnostic qui se dérobe;

8° La *mobilité* existe au début; elle peut persister à la période d'état, alors qu'il existe des adhérences viscérales très étendues. Elle ne disparaît en général que tardivement, lorsqu'il s'est développé des adhérences pariétales.

En pratique, le diagnostic reste souvent en suspens. Mais la constatation d'une tumeur abdominale n'est-elle pas suffisante pour armer la main du chirurgien?

Ce qui serait utile, en revanche, ce serait de pouvoir reconnaître à certains symptômes les tumeurs *inopérables*. Malheureusement, de pareils signes n'existent pas. Ne savons-nous pas, d'ailleurs, que ce qui est inopérable pour l'un peut être parfaitement opérable pour l'autre?

Il faudra donc parfaire son diagnostic au moyen d'une *laparotomie exploratrice*. Celle-ci est-elle toujours aussi bénigne qu'on se plaît à le dire? Les faits nous obligent à répondre négativement. Les cas où l'on hésite, où l'on fait une laparotomie exploratrice sont les mauvais cas. Ne vous étonnez pas dans ces conditions que la statistique soit mauvaise. Entre les mains les plus prudentes et les plus expérimentées, la mortalité est grande. Il me serait facile de vous citer des statistiques signées de noms célèbres qui montrent bien que, suivant l'expression imagée du professeur Verneuil, les cancéreux sont « *chair fragile* ». Dans ces statistiques, les chiffres de 20, 25 et même 50 p. 100 de mortalité sont chose commune.

A côté de ces statistiques qui semblent d'un autre âge et qui sont pourtant toute récentes, j'ai hâte de vous en citer de plus réconfortantes. Je me bornerai pour cela à vous donner le résultat de celle qu'a faite, à l'occasion de son rapport déjà cité, notre collègue Mériel. Cette statistique, qui porte sur 298 opérations (autant dire 300), ne donne que de 4 à 4 1/2 p. 100 de mortalité.

Que conclure d'une pareille divergence de chiffres? sinon que, autant l'opération donne de bons résultats lorsqu'elle est faite d'une façon précoce, autant elle en donne de déplorables lorsqu'elle est faite à la période de cachexie. C'est dans ces conditions que je comprends les chirurgiens prudents qui s'abstiennent ou qui

se bornent à des ponctions décompressives. Les personnes responsables de si lamentables résultats sont les médecins qui ont conseillé la temporisation, ou bien les malades elles-mêmes qui n'ont pas écouté les conseils de la première heure.

Je ne vous citerai pas les chiffres qui montrent la supériorité de l'opération précoce, dès le diagnostic posé, cela est de toute évidence. Sachons toutefois que la chirurgie fait tous les jours des progrès, et que le nombre des cas inopérables diminue dans de telles proportions, qu'il tend à disparaître; mais il faut pour réussir dans les cas avancés, ne point reculer devant la nécessité d'une résection intestinale ni devant une résection de vessie, ou d'uretère. On voit qu'il s'agit là de très grande chirurgie.

Quant aux résultats éloignés, ils vont sans cesse s'améliorant. Tandis qu'il y a seulement dix ans les survies prolongées étaient extrêmement rares, elles deviennent la règle maintenant. S'il faut en croire les chiffres, en Allemagne, la guérison radicale oscillerait entre 58 et 85 p. 100.

En France, d'après Mériel, MM. Moulonguet et Pauchet comptent 29 guérisons durables datant de deux à dix-huit ans.

Quel genre d'opération pratiquer? L'ovariectomie ou l'hystérectomie totale? La formule ne saurait être intransigeante. Sans doute cette dernière opération, qui est devenue courante, paraît devoir donner de plus sérieuses garanties. Toutefois, il faut savoir que la simple ovariectomie a fait ses preuves et en présence d'une femme jeune, désirant avoir des enfants, je ne vois aucune raison, si les circonstances s'y prêtent, pour ne pas se contenter d'une opération conservatrice.

Il me resterait à vous tracer un tableau du cancer de l'ovaire chez l'enfant, mais la chose ne me paraît pas possible à l'heure actuelle. Les documents sont insuffisants et mon expérience personnelle ne peut y suppléer. Il m'a paru toutefois que le pronostic n'était pas sensiblement plus mauvais que chez l'adulte. La mortalité opératoire n'est pas plus grande et les résultats éloignés ne sont pas plus mauvais. En tout cas, les opérations heureuses de MM. Guibal et Rastouil ne peuvent que contribuer à confirmer ce pronostic relativement favorable.

Discussion.

M. Kirmisson. — A propos du point particulier étudié dans son rapport par M. Savariaud, savoir : le développement exagéré et la puberté précoce chez les petites malades atteintes de tumeurs

ovariques, je ne saurais pas citer de faits analogues chez les petites filles. Mais chez un petit garçon de dix-huit mois que j'ai opéré autrefois pour une maladie kystique du testicule, en 1897, et dont j'ai communiqué l'histoire à l'Académie de médecine, j'avais été frappé de la précocité du développement physique et intellectuel; et, dans les recherches bibliographiques que j'avais faites à cette occasion, j'ai trouvé le fait noté plusieurs fois.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais dire un mot du diagnostic histologique des tumeurs solides de l'ovaire. Mon ami Savariaud a déclaré plaisamment que c'était une question de nationalité et de géographie. Il a exagéré.

S'il est vrai qu'en clinique beaucoup de médecins et de chirurgiens ont conservé l'ancienne habitude de qualifier ces tumeurs de sarcomes, les histologistes s'accordent à les considérer comme des épithéliomes.

Ces épithéliomes sont de types très variable : ils se développent tantôt aux dépens des cellules folliculaires, tantôt aux dépens des débris de l'épithélium germinatif. Certains sont constitués par des cellules claires qui rappellent celles de l'hypernéphrome, et beaucoup ont été considérés à tort ou à raison comme de véritables hypernéphromes. En tout cas, ce sont des tumeurs d'origine épithéliale. La même évolution s'est faite pour elles que pour les tumeurs du testicule.

Ce qu'a dit Savariaud des périthéliomes est tout à fait exact. On en diagnostique beaucoup en Allemagne, très peu en France. Ce qui caractérise le périthéliome, c'est l'ordonnance radiaire des cellules constitutives de la tumeur autour des vaisseaux. Dans l'esprit des auteurs allemands, cette forme de tumeur indiquerait une origine conjonctive ; le périthéliome, et c'est de là que lui vient son nom, se développerait aux dépens du périthélium.

Cette question a fait l'objet d'une importante discussion à l'Association française pour l'étude du cancer. Je suis de ceux qui ont contribué à montrer avec pièces à l'appui que cette disposition particulière des cellules se rencontre dans des tumeurs qui sont incontestablement d'origine épithéliale. Il est absolument certain que les épithéliomes prennent assez souvent l'apparence morphologique du périthéliome. On ne peut pas affirmer que toutes les tumeurs à morphologie périthéliomateuse sont des épithéliomes, parcequ'il faut encore faire quelques réserves pour certaines tumeurs des méninges, mais on peut affirmer que beaucoup de tumeurs que l'on pourrait étiqueter périthéliomes sont des épithéliomes.

Savariaud a très judicieusement rapproché la précocité sexuelle

de certains enfants atteints de tumeurs de l'ovaire et du testicule de ce que l'on observe parfois chez les sujets atteints de tumeurs des surrénales ou de la pituitaire. L'explication des faits de ce genre ne me paraît pas bien difficile. Tous ces organes produisent une sécrétion interne qui agit sur le développement somatique. Quand ils forment des tumeurs, leurs cellules viciées peuvent cependant conserver partiellement la propriété de sécréter cette substance active. Comme elles sont infiniment plus nombreuses par suite de l'hypergenèse néoplasique, cette substance est beaucoup plus abondante qu'à l'état normal et peut entraîner les modifications somatiques qui se produisent d'ordinaire au moment de la puberté.

Permettez-moi d'ajouter quelques mots au sujet du diagnostic des tumeurs malignes de l'ovaire. Dans les cas avancés, lorsque la tumeur, volumineuse, a contracté des adhérences multiples, on se trouve en présence de masses irrégulières, complètement immobiles, qui emplissent le bassin, le débordent souvent, dont la consistance est variable suivant les points, qui s'accompagnent d'ascite. S'il est difficile alors d'affirmer l'origine de la tumeur, il est aisé de la soupçonner. Cela n'a d'ailleurs pas grand intérêt.

Bien plus important est le diagnostic des tumeurs opérables. Or, il existe un syndrome auquel j'attache une grande importance. Je parle uniquement des tumeurs solides de l'ovaire, laissant de côté les kystes plus ou moins végétants sur la malignité desquels on peut toujours discuter.

Ces tumeurs sont dans la majorité des cas bilatérales. Elles sont régulières et dures et elles sont extraordinairement mobiles parce qu'il y a de l'ascite. Quand je rencontre ces caractères : tumeur bilatérale, ferme, très mobile, avec ascite, je n'hésite pas à poser le diagnostic de tumeurs malignes des ovaires.

Ces tumeurs solides sont incontestablement malignes, mais souvent leur malignité n'est pas très considérable. Savariaud a cité des chiffres qui montrent que les opérations faites à temps donnent un très grand nombre de guérisons durables.

J'ai revu récemment une malade que j'ai opérée il y a une quinzaine d'années. Elle avait deux tumeurs volumineuses (celle du côté gauche avait le volume d'une tête) dont l'ablation a présenté de grosses difficultés. Je m'attendais à une récidive rapide et j'avais porté le diagnostic le plus sombre. Elle est aujourd'hui parfaitement bien portante.

M. Lucas-Championnière. — Les récidives après les opérations de tumeurs ovariennes peuvent être singulièrement tardives. J'ai observé une femme qui est restée guérie pendant plus de

dix-huit ans; puis elle a présenté du cancer de l'intestin, de la vulve, et elle a succombé plus de vingt ans après l'opération.

M. PIERRE DELBET. — Il est malheureusement certain que des cancers peuvent récidiver après un temps fort long. Mais il est possible aussi qu'une seconde tumeur se développe sur une ancienne opérée. Une opération pour cancer ne peut évidemment mettre les malades à l'abri du développement d'une autre tumeur.

Dans le cas de M. Lucas-Championnière, pour affirmer qu'il y a eu récidive au bout de vingt ans, il faudrait savoir si les deux tumeurs appartenaient au même type. En l'absence d'examen histologique, on ne peut rien affirmer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — On peut faire toutes les suppositions, mais cette malade a fait selon toute probabilité une récidive abdominale de l'affection première.

M. TUFFIER. — Le fait remarquablement observé par M. Guibal et dont M. Savariaud vient de nous rendre compte, en y joignant des documents si importants, mérite d'être souligné. Je n'envisagerai que deux points de ce rapport :

1° Les synergies fonctionnelles de certaines glandes de l'organisme; 2° la bilatéralité et le pronostic des tumeurs ovariennes.

J'approuve pleinement tout ce que M. Guibal et M. Savariaud ont dit : l'influence des *lésions pathologiques* de l'ovaire des capsules surrénales et de la glande pituitaire sur le développement *morphologique* des malades qui en sont porteurs est indiscutable. Je leur demanderai seulement d'y joindre les lésions de la glande thyroïde. Depuis longtemps, j'appelle à chaque instant l'attention de mes élèves sur ces faits, et récemment, à propos de deux mémoires, l'un sur l'hermaphrodisme au point de vue médical que je viens de publier avec mon collègue Lapointe, l'autre sur la nature des troubles, dits de ménopause, anticipés après l'ablation des ovaires, j'ai abordé ces questions.

Je vais même actuellement plus loin; je crois qu'il existe des lésions de ces glandes dans nombre de malformations locales ou générales, malformations qui s'établissent *dans le cours de l'adolescence*; je pense également qu'il existe des actes de compensation partielle ou totale entre ces diverses glandes et notamment que l'ovaire, la thyroïde et la pituitaire fonctionnent de concert et se suppléent en partie. Ce n'est d'ailleurs là qu'un fait particulier des données scientifiques actuelles sur les syndromes polyglandulaires (insuffisance ou hyperfonctionnement), sur les synergies fonctionnelles de ces différents organes. J'admets donc parfaite-

ment qu'une tumeur ovarienne survenant pendant la croissance et l'adolescence d'une malade puisse provoquer un développement anormal des organes génitaux et leur fonctionnement prématuré. Et cela surtout quand le néoplasme touche la partie destinée à la sécrétion interne de la glande.

Sur le deuxième point, *tumeur solide de l'ovaire* et nature et *bilatéralité* de cette tumeur, il s'est fait une légère confusion entre M. Savariaud et Delbet : le premier ne parlant que des tumeurs chez l'enfant, qui me paraissent particulièrement intéressantes, et le second des tumeurs chez l'adulte. La nature des tumeurs pleines de l'ovaire, et j'en ai examiné un grand nombre de cas, ne me paraît pas douteuse, c'est un épithélioma. Quant à leur bilatéralité, elle est tellement constante que dans l'ablation de ces tumeurs, je ne laisse pas l'ovaire du côté opposé à moins que la tumeur enlevée soit récente et que l'autre glande, minutieusement examinée, soit parfaitement indemne. Récemment encore, j'ai rendu mes élèves témoins du fait suivant. J'extirpe chez une femme jeune un épithélioma plein de l'ovaire gauche; la tumeur enlevée, je palpe la glande du côté opposé et je ne sens aucune aspérité, aucune déformation, aucun changement de consistance qui puisse faire croire à une tumeur. J'amène la glande au dehors et je trouve dans la région saine de son hile une petite tuméfaction du volume d'un pois, granuleuse, qui était un épithélioma au début. J'ai encore à votre disposition la photographie en couleur de ces deux pièces qui m'a servi dans une leçon récente. Bien entendu, l'examen histologique fait par M. Mauté a démontré l'identité de nature des deux tumeurs. Cette *bilatéralité*, que j'enseigne d'ailleurs depuis toujours, me paraît classique, et sa valeur clinique remonte déjà loin et ne m'appartient pas.

Le *pronostic* de ces néoplasmes envisagé chez l'enfant par M. Savariaud me paraît presque impossible à établir chez l'adulte. Dans mes premières opérations, la bilatéralité des lésions et souvent leur greffe sur le ligament large me faisaient porter un pronostic défavorable. Deux de ces malades que l'avais condamnés et que je revois encore après plus de quinze ans, m'enterreront peut-être, et ce sera leur vengeance. En revanche, j'ai vu succomber quelques années après leurs opérations, plusieurs opérées qui en apparence n'étaient pas plus profondément touchées que les premières et dont les tumeurs étaient de structure identique; aussi je me garde maintenant de donner un pronostic ferme dans ces cas, et je crois qu'il faut s'en tenir à une très prudente réserve sous peine d'être démenti par les faits ultérieurs.

Pour en revenir en terminant au rapport de M. Savariaud, je ne

puis que le féliciter sur l'esprit scientifique avec lequel il l'a rédigé.

M. Savariaud. — J'ai principalement visé dans mon rapport la symptomatologie chez l'enfant. J'ai observé un seul cas de tumeur maligne de l'ovaire. Il s'agissait d'une tumeur bilatérale avec beaucoup d'ascite. C'est dire que je connais bien la valeur de ce symptôme sur lequel, avec raison, MM. Kirmisson et Delbet viennent d'attirer l'attention. Si je n'ai pas insisté sur les signes et la bilatéralité en particulier, c'est parce qu'il m'a paru, en compulsant les opérations publiées, qu'elle n'était pas très fréquente, en tout cas qu'elle l'était beaucoup moins que chez l'adulte, où l'on observe une variété de cancer toujours bilatérale. C'est le cancer de l'ovaire secondaire aux cancers du tube digestif — variété bien décrite par Krükenberg.

— Les conclusions du rapport de M. Savariaud, mises aux voix, sont adoptées.

Présentations de malades.

Luxation congénitale de la rotule, complète, permanente, avec genu valgum ; ostéotomie supracondylienne de Mac Ewen et opération de Roux (de Lausanne).

M. E. Quénu. — Je vous présente ce jeune malade, âgé de seize ans, atteint de luxation congénitale de la rotule permanente et complète, avec genu valgum, que j'ai traité le 26 novembre dernier par une ostéotomie supracondylienne ajoutée à l'opération de Roux.

Vous pouvez constater sur le malade et sur les radiographies que la rotule est en bonne position, qu'elle est mobile et que le malade marche aisément. Les mouvements de flexion du genou, d'abord gênés, ont peu à peu atteint l'angle droit, actuellement, ils le dépassent.

Je demanderai à présenter au commencement de la séance prochaine l'histoire complète de ce malade, qui prête à quelques considérations intéressantes.

Cancer des annexes et de l'utérus; guérison après neuf ans.

M. ROUTIER. — La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie est revenue ces jours passés dans mon service pour des phénomènes de pseudo-occlusion intestinale qui ont cédé au repos et à l'application de la glace :

J'ai cru bon de vous la montrer, car je l'ai opérée pour la première fois le 12 janvier 1902, pour un énorme kyste de l'ovaire multiloculaire et végétant, dont je ne pus guère enlever que la moitié, tellement il était adhérent, fusionné aux organes abdominaux et à la paroi.

Elle était alors âgée de trente ans.

Dans la partie qui restait adhérente au petit bassin, j'arrachai un énorme champignon cancéreux, dont je détruisis la large base d'implantation au thermo-cautère.

Je pratiquai fort mal ce qu'on appelle la marsupialisation de la poche, que je remplis de compresses tassées.

Les suites furent fort simples quoique longues, car elle ne quitta mon service qu'en juillet, c'est-à-dire près de six mois après mon intervention.

Elle revint en octobre 1903, ayant repris son embonpoint; elle avait gagné 34 kilogrammes de poids; et cependant, son ventre était à nouveau rempli par une énorme masse de tumeurs, les unes solides, les autres liquides.

Le 31 octobre 1903, je pratiquai une nouvelle laparotomie; ce fut une opération des plus laborieuses; il y avait des kystes végétants, des tumeurs solides; je dus pour enlever le tout pratiquer une hystérectomie totale, l'utérus faisant corps avec une des tumeurs végétantes.

Comme d'habitude, j'établis un drainage vaginal et je complétai l'intervention par un large résection de peau et de graisse sous-cutanée, par la mise à nu des droits que je suturai cette fois pour guérir l'éventration qui avait suivi la marsupialisation.

Les suites furent encore excellentes, et la malade sortait le 20 novembre 1903.

Elle s'est toujours parfaitement portée depuis; elle est grosse et grasse, n'a rien perdu de ses forces ni de son activité.

Cependant, le 11 avril 1911, elle vient d'avoir des accidents d'occlusion.

Sa cicatrice est restée parfaite, mais, en palpant son ventre, on retrouve des parties dures, suspectes, et je crains bien qu'elle ne fasse une troisième récidive.

En ce temps de cures merveilleuses par les divers sérums, la

radio ou la radiumthérapie, j'ai cru utile de montrer cette malade qui, du fait du seul traitement chirurgical, est encore pleine de vie après neuf ans.

Présentation de pièce.

Lombric emprisonné dans le duodénum après une gastro-entérostomie et expulsé par vomissement.

M. Walther. — La pièce que je vous présente provient d'une malade âgée de cinquante ans que j'ai opérée le 1er avril dernier. Elle souffrait depuis plus de vingt ans d'un ulcère de l'estomac et présentait dans les derniers temps des accidents très douloureux de sténose du pylore.

Je fis le 1er avril l'exploration directe de l'estomac, trouvai une induration élastique correspondant au très vieil ulcère prépylorique sans tumeur maligne appréciable.

Je fis la gastro-entérostomie postérieure, par le procédé de Ricard.

Les suites de l'opération furent, comme à l'habitude, fort simples, apyrétiques ; la malade que j'avais fait rester au lit les premiers jours à cause de la grande faiblesse antérieure, se leva au bout de sept jours. Elle digéra parfaitement après l'opération, n'eut plus jamais de douleurs et reprit rapidement ses forces.

Mais le quatrième jour après l'opération, après avoir pris une purgation le matin, elle eut vers midi, un vomissement de bile, bile pure, sans trace d'aliments et rendue par régurgitation, sans effort.

Huit jours plus tard, nouveau vomissement de bile pure.

A partir de ce moment, les vomissements se répétèrent tous les jours ou tous les deux jours ; tantôt un seul vomissement par jour, tantôt deux ou trois ; ils conservèrent toujours les mêmes caractères : bile pure, rendue en grande quantité, sans effort, sans douleur. Jamais de vomissements alimentaires.

Les digestions cependant se faisaient bien, facilement, sans douleur ; mais l'appétit, qui avait été très vif après l'opération, avait quelque peu diminué à la fin d'avril.

De plus, la malade éprouvait constamment à la région épigastrique et à l'hypocondre droit une sensation de mouvement, de tortillement. « J'ai comme une bête qui remue là », disait-elle, et cette sensation s'accentuait avant les vomissements.

J'étais assez préoccupé de cet état que me signalait la malade,

qui avait quitté depuis une quinzaine de jours la maison de santé, et je demandai à mon ami Ricard s'il avait jamais observé après la gastro-entérostomie des vomissements de bile électifs et persistants, car je n'en avais jamais vu pour ma part.

Ricard me dit avoir constaté chez une de ses opérées des vomissements de bile survenant tous les huit jours, puis tous les mois, sans, du reste, en trouver l'explication.

J'ai revu mon opérée il y a deux jours, et elle m'a raconté que le 1er mai, dans un vomissement, elle rendit l'ascaride que je vous présente. Depuis lors, les vomissements ont complètement disparu, en même temps que la sensation toute particulière de mouvement à l'épigastre et à l'hypocondre droit, et l'appétit est revenu, très vif.

La sensation que signalait la malade était donc bien exacte. Le lombric devait être emprisonné dans le duodénum, et ses mouvements, qui étaient si nettement perçus, semblent bien permettre d'affirmer ce diagnostic de siège.

C'est lui qui provoquait ces vomissements de caractère si particulier, qui ont complètement disparu après son expulsion.

Vote

Sur l'attribution de l'honorariat à M. Antonin Poncet (de Lyon).

Votants : 33.

Majorité absolue : 17.

Oui	20
Non	11
Bulletins blancs	2

M. le Président. — M. Poncet ayant réuni la majorité absolue, est déclaré membre honoraire de la Société de Chirurgie.

La Société se constitue en comité secret.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 MAI 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. PONCET, remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

3°. — Une lettre du Dr SAIGET (de Lorient), adressant sa thèse, intitulée : *Étude radiographique de la luxation congénitale de la hanche*, pour concourir au prix Dubreuil.

A l'occasion du procès-verbal.

Luxation congénitale de la rotule complète, permanente, avec genu valgum ; ostéotomie supracondylienne et opération de Roux.

M. E. QUÉNU. — Le garçon que je vous ai présenté dans la dernière séance, solidement bâti, âgé de seize ans, apprenti boucher, est venu nous consulter le 27 octobre dernier pour des douleurs du genou droit qui duraient depuis plusieurs jours et l'ont obligé de cesser son travail. Atténuées depuis qu'il est au repos, les douleurs sont néanmoins encore assez vives pour le réveiller la nuit.

A l'examen, on trouve l'articulation augmentée de volume, un peu sensible. La jambe étant placée en extension, on est frappé par l'élargissement du genou; on ne trouve pas la rotule à sa

place, elle est appliquée sur la face externe du condyle externe et on peut lui imprimer de légers mouvements. En flexion, la rotule s'immobilise et semble faire corps avec le condyle externe. La jambe est en rotation externe et la tubérosité antérieure du tibia tournée en dehors.

Genu valgum très accentué du côté droit; écartement malléolaire, 17 centimètres.

Les muscles de la cuisse, et spécialement le quadriceps, sont très atrophiés; ce dernier, en outre, paraît en partie avoir subi une véritable dégénérescence fibreuse; pied plat, léger raccourcissement du côté malade, pas d'autres déformations ou anomalies.

Examen fonctionnel : l'extension complète est douloureuse et impossible; la flexion complète est obtenue.

D'ordinaire, le malade marchait assez bien, et, du reste, son métier l'obligeait à marcher beaucoup, mais la fatigue venait assez vite, et « il se sentait faible sur sa jambe ».

Ses antécédents sont assez obscurs; il nous raconte qu'à l'âge de deux ans il a souffert du genou droit et qu'alors il fut transporté à l'hôpital des Enfants-Malades, où on lui appliqua un appareil plâtré. Il resta à l'hôpital vingt jours, fut ramené chez lui et peu après recommença à marcher. La faiblesse de sa jambe droite date de cette époque, et il aurait toujours « traîné la jambe » depuis.

Il n'a aucun renseignement sur le diagnostic qui aurait été porté.

Le degré de genu valgum, la poussée d'arthrite récente, et l'accentuation depuis quelques mois du sentiment de fatigue qui suit toute marche un peu prolongée, nous engagent à proposer une intervention, qui est acceptée.

Opération le 26 novembre sous l'anesthésie chloroformique : nous commençons par opérer le genu valgum.

1° Ostéotomie supracondylienne de Mac Ewen ; après la correction du valgus et de la rotation du tibia, nous observons que la rotule ne peut être réduite et franchir le rebord de la trochlée fémorale;

2° Nous traçons une incision à concavité supéro-interne, débordant en haut la rotule, et descendant au-dessous et en dedans de la tubérosité antérieure du tibia; la capsule est divisée en dehors de la rotule dans toute son épaisseur, y compris la synoviale.

Nous constatons l'atrophie du condyle externe; la rotule ne peut être encore réduite.

Avec l'ostéotome, nous détachons la tubérosité antérieure du tibia, sectionnons tout ce qui s'insère en dehors du ligament rotulien.

L'insertion du quadriceps (rotule, ligament et tubérosité anté-

rieure) ainsi dégagée et mobilisée en masse, on réussit à replacer la rotule sur la trochlée. Avivement de la face interne du tibia en dedans de la tubérosité antérieure et fixation de celle-ci à sa nouvelle place à l'aide d'une vis de Lambotte.

La rotule a pu franchir le condyle externe et retrouver sa place trochléenne, mais elle est là en état d'équilibre instable et ne demande qu'à regagner sa position anormale dès qu'on imprime un léger mouvement de flexion à la jambe; nous fixons alors solidement le bord interne du ligament rotulien à la capsule plissée, puis en dehors nous pratiquons une aponévrorraphie verticale; la synoviale et le tissu sous-synovial qui tapisse la face externe du condyle externe sont suturés par des fils verticaux aux lambeaux latéro-rotuliens de l'aponévrose; ainsi la rotule se trouve bloquée en dehors.

Appareil plâtré.

Les suites opératoires sont absolument simples, l'appareil est enlevé le 6 janvier et on commence le massage; le Dr Fege, mon ancien externe, veut bien s'en occuper; les mouvements du genou sont limités; dès qu'on veut imprimer un léger mouvement de flexion, la rotule devient immobile, le tendon du quadriceps est rigide, tendu, et on sent très bien que c'est cette corde du quadriceps et l'inextensibilité du muscle qui s'opposent au mouvement de flexion du genou. Après une série de massages réguliers et très bien faits, on est arrivé à un degré de flexion dépassant notablement l'angle droit, suffisant pour une bonne marche; les muscles de la jambe ont récupéré de la force, les muscles de la cuisse un peu assouplis restent atrophiés.

Le genu valgum est bien corrigé; les deux genoux se touchant, il ne reste qu'un écart de 2 centimètres entre les malléoles, et ceci est dû à un léger degré de valgus du genou gauche; le pied est en bonne position et le mouvement de rotation de la jambe a été bien corrigé.

Fin avril, la marche est facile, l'opéré monte allègrement et descend l'escalier. Si on mesure le membre opéré on constate que le raccourcissement, observé mais non mesuré avant l'opération, s'est notablement accru; il est de 4 centimètres, la mensuration étant faite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne; on compte :

88 centimètres et demi à droite,
92 centimètres et demi à gauche;

le raccourcissement porte surtout sur le fémur; en effet, la mensu-

ration étant faite de la pointe de la rotule à la malléole interne, on trouve :

14 centimètres à droite,
14 centimètres et demi à gauche ;

il n'y a qu'une différence de un demi-centimètre.

La rotule est en bonne position, mobile sur la trochlée.

L'opéré a été muni d'une chaussure orthopédique et sa boiterie a été ainsi réduite à peu de chose.

En résumé, nous avons pratiqué chez ce garçon, d'une part l'opération de Mac Ewen (ostéotomie sus-condylienne), et d'autre part l'opération que Roux a le premier décrite en 1888 à la Société de la Suisse romande et à la Société Vaudoise (1), c'est-à-dire la transposition en dedans de l'insertion du ligament rotulien, après incision des parties fibreuses en dehors de la rotule, avec fixation du ligament rotulien aux parties fibreuses internes (2); cette opération mérite bien le nom d'opération de Roux, car avant lui on avait bien songé à agir sur le ligament rotulien, mais simplement par section (Golding Bird, *Brit. med. Journ.*, 1884).

Depuis 1888, cette opération a été faite par Casati et Motenovesi (3), par Hidelbrand (4), par Bérard (5), et enfin de nouveau par Roux (6); notre opération serait donc la sixième. Dans sa seconde observation, comme dans l'observation de Bérard et comme dans la nôtre, Roux a ajouté l'ostéotomie de Mac Ewen à son opération de libération externe de la rotule suivie de transposition de l'attache du ligament rotulien. Seulement, dans le cas de Bérard, l'opération de réduction de la rotule et de transposition tendineuse a été faite d'abord, puis, quatre mois après environ, Bérard a opéré le genu valgum; il y a là un point intéressant à retenir. Quels ont été les résultats au point de vue spécial de la flexion du genou dans ces trois cas?

Dans le nôtre, la flexion n'atteignait pas l'angle droit, après deux mois de massage (7).

Dans le cas de Bérard, il est dit : que les mouvements de flexion du genou dépassent l'angle droit.

Dans la deuxième observation de Roux, enfin, on lit : treize à quatorze semaines après l'opération, la flexion et l'extension ont une amplitude plus que suffisante pour assurer une bonne marche.

(1) *Revue de Chirurgie*, 1888.
(2) Périoste du tibia dans le cas de Roux.
(3) D'après Vincent, *Thèse de Paris*, 1904.
(4) XXXe Congrès de la Soc. allem. de Chir. *Revue de Chirurgie*, 1901.
(5) *Thèse* de Rudler, 1904.
(6) *Revue médicale de la Suisse romande*, 1910.
(7) Actuellement, la flexion dépasse l'angle droit.

Ces renseignements sont un peu vagues ; ils semblent bien confesser, cependant, que la flexion n'avait pas l'amplitude normale.

En résumé, grâce à une opération complexe, nous avons obtenu la correction du genu valgum, la reposition et le maintien de la rotule, mais, d'autre part, deux conséquences sont résultées de l'opération : 1° une certaine diminution des mouvements de flexion du genou ; 2° une exagération notable du raccourcissement préexistant.

Nous n'avons pas à regretter que, même au prix de ces deux inconvénients, le valgus et la luxation aient été opératoirement traités; il est intéressant néanmoins de rechercher les causes de ces deux résultats, et on peut se demander s'il ne serait pas possible de les éviter.

Voyons d'abord la limitation de la flexion : elle est incontestablement le résultat de la reposition de la rotule dans la trochlée. A aucun moment il n'y a eu la moindre réaction articulaire ou péri-articulaire ; la mobilisation soit de la rotule, soit de la jambe, a été d'emblée possible et facile, mais limitée par la tension extrême du tendon du quadriceps. Avant l'opération, l'appareil d'insertion du quadriceps formait la corde d'une sorte d'arc constitué par la jambe et le fémur ; en redressant le valgus, on a nécessairement écarté les deux points extrêmes de l'arc, il en est résulté une tension de la corde qui a été encore exagérée par son soulèvement sur le chevalet fémoral.

Cette traction sur le quadriceps existe bien dans toute correction de genu valgum, mais d'ordinaire le muscle est sain, extensible ; ici, il était atrophié et dégénéré, se laissant peu distendre.

L'hypertension d'un quadriceps dégénéré et fibreux, produite par le redressement du genou et par la reposition de la rotule, telle a été la cause de la limitation des mouvements. Cette hypertension s'est encore manifestée par une conséquence facile à voir sur les radiographies. C'est un certain chevauchement des fragments du fémur à la suite de l'ostéotomie, alors que d'ordinaire une bonne coaptation est facile à obtenir.

Or, c'est ce chevauchement qui a occasionné la deuxième conséquence, à savoir l'exagération du raccourcissement. Comment pourrait-on y obvier?

En opérant en deux temps, en pratiquant d'abord simplement une ostéotomie sus-condylienne avec au besoin un peu de traction continue, on pourrait peut-être parer au raccourcissement. Ce n'est pas sûr.

Je pense que rationnellement il vaudrait mieux s'adresser directement à la cause et chercher à obtenir un allongement du tendon du quadriceps, soit par un traitement préalable prolongé,

soit même par une opération autoplastique, comme on l'a fait dans le traitement opératoire des fractures anciennes de la rotule. On pourrait encore, en exécutant le temps de transposition de la tubérosité antérieure du tibia, non seulement reporter en dedans cette tubérosité, mais la remonter, afin d'obtenir encore par là un allongement de l'appareil extenseur et une moindre tension de la rotule sur la trochlée fémorale. Ce sont là possibilités et hypothèses, ce serait aux faits de répondre.

Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et la jeune fille.

M. Bazy. — A l'occasion du rapport de M. Savariaud, je vous demande la permission de vous lire deux observations, offrant chacune un certain intérêt.

La première a trait à une enfant de treize ans que j'ai opérée à Bicêtre en 1894.

L'observation en a été égarée, de sorte que je ne peux rien préciser au sujet de l'évolution de la tumeur, du développement de l'enfant. La seule précision que je puisse apporter, c'est que la malade avait une albuminurie intense, si marquée que je crus devoir surseoir pendant deux semaines environ à l'opération pour tâcher de la modifier. N'y réussissant pas et pensant qu'elle était liée à l'existence de la tumeur, je procédai à l'opération.

Voici cette opération, telle qu'elle est décrite sur mon registre d'opérations :

8 novembre 1894. — G... (Marguerite), treize ans. *Laparotomie pour ablation de tumeur ovarienne.*

Incision de 10 centimètres partant à 1 centimètre du pubis, prolongée bientôt à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. On fait basculer la tumeur qui apparaît et on voit qu'elle est reliée au ligament large du côté droit. Le pédicule est tout de suite constitué et lié par une ligature en X. Suture de la paroi des 3 plans, 1 pour le péritoine, 1 pour les muscles, 1 pour la peau.

On fend la tumeur, qui est solide et qui paraît être composée d'éléments, les uns sarcomateux, les autres myxomateux. Dans la partie inférieure existe un point blanchâtre, plus ferme. En certains points, de véritables fibromyomes qu'on dirait énucléables. La tumeur paraît être formée par des agglomérations de fibromes soit embryonnaires, soit adultes. Dans quelques points, certaines parties de la tumeur ont subi la dégénérescence mucoïde. La surface de la tumeur qui plongeait dans le petit bassin était recouverte d'un exsudat fibrineux récent. Du reste, en faisant la toilette du petit bassin, on enlève un liquide filant.

Les pièces sont confiées à M. Dominici.

Dominici avait porté ces pièces au laboratoire de M. Gombault, qui avait, vous vous souvenez, une si grande compétence, et ils m'ont avoué l'un et l'autre qu'il leur était impossible de classer cette tumeur.

Quoi qu'il en soit, l'albuminurie a rapidement diminué après l'opération pour disparaître au bout de quelque temps.

La santé de l'opérée a été ensuite tellement bonne qu'elle s'est mariée à l'âge de dix-neuf ans et a eu, bientôt après, un enfant.

J'ai connu tous ces détails par un de ses parents, garçon de bureau de l'Assistance publique, qui a été mis à la retraite et que j'ai perdu de vue.

L'autre observation a trait à une jeune fille de seize ans que j'ai vue en consultation, il y a dix ans, avec mon ami le Dr Maygrier, à qui on l'avait conduite, parce qu'au dire du médecin de la famille, elle était enceinte : ce médecin s'occupait de radiographie et avait par la radiographie diagnostiqué la grossesse.

On comprend l'affolement des parents. Maygrier protesta contre ce diagnostic et il fit celui de tumeur ovarienne née aux dépens des annexes droites.

Il me conduisit la malade et je n'hésitai pas à faire le même diagnostic et proposai une intervention, qui fut acceptée.

Le volume de la tumeur correspondait à une grossesse de huit mois environ.

L'opération permit d'enlever une tumeur polykystique de l'ovaire droit qui ne présenta que cette particularité, à savoir, qu'un des kystes, situé à la partie supérieure de la tumeur, s'était rompu récemment et avait déversé son contenu mucoïde dans la cavité péritonéale, d'où je dus le retirer avec la main, faisant fonction de cuiller à pot.

Guérison aseptique. J'ai suivi la malade pendant deux ans; puis je l'ai perdue de vue.

Vous devinez la scène qui fut faite au médecin radiographe; il avoua alors qu'il s'était trompé de cliché.

Sarcome mélanique de l'ovaire.

M. Mauclaire. — MM. Soubeyran et Rives (de Montpellier) nous ont adressé l'observation suivante :

Observation. — Une femme de quarante-huit ans entre à l'hôpital, en septembre 1907, pour une tumeur abdominale. Depuis un an, elle éprouve des douleurs dans le ventre et y a constaté la présence de petites masses arrondies. Depuis deux mois, son ventre a beaucoup

grossi, des masses dures y sont apparues, et au pli de l'aine droite, il s'est formé une petite tumeur sous-cutanée qui s'est développée peu à peu. Depuis cette époque, elle s'est alitée, elle a maigri beaucoup et perdu l'appétit.

Son histoire antécédente est nulle : deux enfants, dont le dernier a vingt-huit ans; jamais de fausse couche. Toujours bien réglée depuis l'âge de onze ans; ces derniers mois, elle a un peu perdu dans l'intervalle des règles.

C'est une femme amaigrie, un peu cachectique, à teint jaunâtre. Elle se plaint d'anorexie et de constipation; elle a des hémorroïdes. Rien aux appareils cardiaque et pulmonaire; il y a une albuminurie légère.

Le ventre est gros, non étalé, mais retombant un peu sur le pubis. On voit dans le pli de l'aine droite une tumeur, vraisemblablement ganglionnaire, du volume d'un œuf de poule. Au palper, on sent, tout de suite sous la paroi, des masses dures, bosselées, paraissant étalées en gâteau : l'une arrive au niveau de l'ombilic et occupe le côté droit de l'abdomen; l'autre, moins élevée à gauche, descend jusqu'à l'arcade crurale. Ces masses sont très mobiles, soit en bloc, soit indépendamment l'une sur l'autre. Entre elles, la paroi se laisse déprimer; on ne perçoit pas de fluctuation. Cette exploration est indolore. Toute la zone sous-ombilicale est mate, ainsi que le flanc gauche. Par le toucher, on constate que le vagin est très profond; le col, presque inaccessible, regarde en arrière. On ne peut rien percevoir dans les culs-de-sac latéraux.

Le diagnostic hésite entre un kyste de l'ovaire et une tumeur solide flottant dans un peu d'ascite.

Laparotomie le 28 *septembre* 1907. Nous sommes conduits sur des masses superficiellement bosselées en grappe de raisins, formées d'un tissu brun foncé très friable. Elles dépendent des deux ovaires. La droite, plus volumineuse (tête d'enfant à terme), se divise en deux lobes pendant les manœuvres d'ablation. Il y a, à la partie postérieure de la tumeur, des adhérences peu nombreuses, mais tellement intimes qu'on laisse un mince fragment de la tumeur adhérent à l'intestin. Dans ce tissu sous-péritonéal et sur la ligne d'incision pariétale, on excise une petite masse comme un gros pois, noirâtre, qui paraît d'un tissu analogue à la tumeur. La petite tumeur crurale est énucléée sans difficulté dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle a le même aspect noir-brunâtre que la tumeur ovarienne. L'utérus est laissé en place. Drainage. Guérison opératoire sans aucun incident. La malade n'a pas été revue depuis sa sortie de l'hôpital.

Examen macroscopique des pièces. — Elles comprennent, comme on peut le voir sur la photographie ci-jointe, une tumeur ovarienne droite qui s'est divisée en deux masses au cours de l'opération; une tumeur ovarique gauche; une tumeur ganglionnaire inguinale droite; une petite tumeur intrapariétale, qui était logée dans l'intérieur du péritoine et au-dessous de lui.

Les *masses ovariennes* sont lobulées et sous-lobulées; leur surface est

lisse, brillante, sans végétations. La couleur est brun-noirâtre; d'intensité uniforme sur une même lobulation, elle varie de l'une à l'autre, et certains points sont blanc-jaunâtre, translucides. L'aspect extérieur est celui d'un kyste multiloculaire. La plupart des lobulations correspondent en effet à des cavités kystiques de dimensions variant du petit pois à la mandarine. La paroi de ces cavités est épaisse, charnue et non membraneuse; le tissu qui la forme est plus ou moins friable, plus ou moins aussi coloré en brun. Même variété dans la consistance et la couleur du liquide inclus sous tension dans ces kystes. La face interne de leur paroi est irrégulière, tomenteuse, formée probablement de tissus en voie de désorganisation. En certains points, la tumeur est à peu près complètement solide, la cavité étant minime entre d'épaisses parois, et c'est en ces points que la coloration brun-noirâtre est le plus foncée.

Sur chacune des tumeurs, on retrouve ce qui reste de l'ovaire encore reconnaissable, envahi par places par de petits kystes comme des grains de plomb, et surmonté du pavillon de la trompe intact. La tumeur droite est la plus volumineuse; elle est divisée en deux masses qui se sont séparées par déchirure d'une grande poche kystique qui les unissait. Replacées en position, elles constituent un ensemble dont les dimensions sont 16 centimètres sur 11, sur 8 (la pièce ayant longuement séjourné dans le formol). La tumeur gauche, unique, présente également une portion d'ovaire reconnaissable. Dimensions : 11 centimètres sur 11, sur 7.

Le *ganglion inguinal* est ovoïde, capsulé, gros comme un œuf. A la coupe, il est solide, sans kyste appréciable, couleur noir de jais.

La *petite masse développée dans l'épaisseur du péritoine pariétal* présente le même aspect, ses dimensions n'atteignent que 1 centimètre sur 1 et demi.

Examen microscopique (coupes dues au Dr Euzière, de Montpellier). — La coupe passe par un fragment d'ovaire intact dont on reconnaît le stroma conjonctif avec artères hélicines, et quelques cordons épithéliaux. La zone de transition avec le tissu pathologique est formée par une bande de cellules très entassées sur huit ou dix rangs et vivement colorées. Ces cellules sont d'ailleurs du même type que celles qui constituent au delà la presque totalité de la préparation; cellules allongées ou nettement fusiformes, à noyau assez gros, bien coloré, non juxtaposées, mais séparées par des lacunes ou des fissures en groupes ou îlots plus ou moins importants et généralement allongés. Ces cellules s'ordonnent, mais vaguement, dans le sens des nombreux capillaires qui traversent la préparation. Suivant les points examinés ce tissu de *sarcome fuso-cellulaire* est simple ou mélanique. En effet, dans des zones plus ou moins étendues, les cellules sont bourrées de grains brunâtres qui cachent le noyau et ont l'aspect et les caractéristiques propres au pigment mélanique. Dans la zone mélanogène, il y a des espaces mal colorés, où les noyaux sont pâles et peu visibles, où le protoplasma s'est résolu en granulés, parmi lesquels se distinguent, plus nets et plus colorés les globules mélaniques. A la périphérie de ces zones de dégénérescence les capillaires rompus ont fait de minuscules hémorragies.

Ces zones de dégénérescence nous paraissent l'amorce des productions pseudo-kystiques que nous avons décrites ci-dessus.

En somme, il paraît s'agir d'un *sarcome fuso-cellulaire* presque *partout mélanique*, au début de la période de généralisation, et dont l'aspect kystique est dû à la prolifération en masses lobulées dont le centre a subi une dégénérescence liquéfiante.

Cette observation est intéressante, car les cas semblables sont très rares. Dans son rapport au Congrès de Toulouse (sept. 1910), Mériel n'en signale que sept observations. La mélanose développée dans un organe qui ne contient pas de pigment à l'état normal est en effet très rare.

Je vous propose de remercier MM. Soubeyran et Rives de leur observation et de la publier dans nos *Bulletins*.

Des fractures obliques de jambe.

M. Tuffier. — C'est en 1893 que j'ai publié ma première tentative de réduction d'une fracture fermée irréductible par l'ouverture du foyer et la suture des fragments ; en 1899, je vous ai démontré que, dans l'immense majorité des fractures des os longs, la *réduction*, que tout le monde croyait la règle, était la grande exception. Je crois qu'à l'heure actuelle, tous les chirurgiens de tous les pays se sont rendus à cette opinion. Partant de ce principe, j'ai poursuivi la réduction *parfaite et mathématique* des deux extrémités fracturées, *sous l'écran radioscopique*, et je vous ai dit mes recherches, décrit mon appareil, et toutes les manœuvres simples ou combinées dont on pouvait suivre l'efficacité sur l'écran ; le résultat négatif fut constant ; mais si je considère que la coaptation *parfaite* est le but de notre traitement, j'ai accepté cliniquement la réduction *fonctionnelle*, c'est-à-dire la coaptation suffisante à la fonction du membre, n'ayant jamais visé, contrairement à ce qui a été dit et imprimé, l'ouverture et la suture de *tous* les foyers fracturés. La preuve, c'est que je ne fais pas plus d'une dizaine de réductions sanglantes chaque année, ce qui équivaudrait à 10 ou 15 p. 100 des fractures obliques de jambe que j'observe. La thèse de mon ami Dujarier en 1900, mes communications au Congrès international de Paris la même année, mon rapport au Congrès de Bruxelles en 1902, la thèse de Guibal en 1903 et celle de Saïssi en 1911 en sont les témoins. Des deux grands courants modernes qui ont à juste titre porté les chirurgiens soit du côté des *appareils de marche*, soit vers la réduction parfaite, je me suis rangé dans ces derniers.

Préoccupé de cette question, j'ai donc suivi et examiné tous

les procédés nouvellement préconisés et surtout les *appareils de Steinmann et de Lambret*. La chirurgie des fractures est actuellement, à mon avis, la plus difficile dans son exécution, la plus dangereuse dans son application défectueuse et la plus féconde en satisfactions chirurgicales, car elle s'adresse à des sujets souvent jeunes, absolument sains et qu'un traitement bien conduit rend pour toujours utile aux leurs et à la société.

Voyons d'abord la valeur des faits apportés à l'appui de la méthode de Lambret, puis je dirai ce que je pense des *fractures obliques de jambe*. M. Quénu nous a apporté trois radiographies ; l'une envoyée par Lambret : « la preuve sans réplique » a trait à une fracture *compliquée transversale* et par conséquent ne cadre pas avec le titre de sa communication qui vise les fractures obliques. Elle ne peut donc entrer en discussion ; c'est, de plus, une fracture compliquée, et nous ne traitons que des fractures fermées. Je sais qu'elle est citée comme une preuve de l'efficacité de l'appareil dans les fractures *datant de plusieurs semaines*, mais je considère précisément ces fractures compliquées comme *réductibles* pendant un temps beaucoup plus long que les fractures fermées, et comme je traite ces fractures par la réduction et la suture, vous me permettrez de vous en montrer un exemple opéré au cent cinquième jour (accident le 16 novembre, réduction le 2 mars). Il s'agit, comme vous le voyez, d'une fracture oblique et particulièrement grave de la jambe. Le résultat, autrement difficile à obtenir, ne le cède en rien à celui de Lambret.

Les deux autres radiographies qui nous ont été présentées montrent deux os bout à bout, mais pour l'un d'eux l'axe de la jambe est dévié ; je sais que l'appareil employé était défectueux ; il présente une concavité postérieure, et j'ai toujours défendu dès 1900 ce fait ; *la réduction suivant la direction est infiniment plus importante que la réduction suivant la longueur*, et c'est à tort que les chirurgiens ont mis et mettent une véritable coquetterie à ne pas tolérer un ou deux centimètres de raccourcissement, au lieu de chercher le but capital qui est le maintien ou la reconstitution de l'axe diaphysaire et articulaire. Ce sont ces axes qui dominent toute l'histoire de la réduction. L'écartement des deux fragments par traction réciproque a été réalisé par Ambroise Paré au moyen d'un ingénieux appareil muni d'un treuil (voy. A. Paré, 6e édit., p. 563). Je suis très partisan de cet écartement réciproque par tractions osseuses directes. Quelle que soit la disposition du point d'appui de la force, il sera bon d'attendre des faits, que j'espère favorables, pour se prononcer. Je suis si partisan de ce principe, que, après avoir fait construire par M. Collin un appareil de Stein-

mann modifié de façon à ne plus perforer l'os, nous avons fait monter, mon élève M. de Nabias et moi, un appareil basé sur e même principe, pour la réduction des fragments *après ouverture du foyer* pour éviter les manœuvres de traction sur les os au niveau de la fracture. Soyez tranquilles sur mes intentions, je ne veux ni débaptiser ni démarquer la valeur du principe de Lambret. Les questions irritantes et mesquines de priorité ne sont point mon fait.

Jusqu'à plus ample informé, je reste partisan pour les cas rares de fractures irréductibles obliques de la jambe, de l'ouverture du foyer et de la réduction. Lane et Lambotte sont avec moi pour la défense du principe.

Pour préciser les faits et établir les *progrès* réalisés dans le traitement des fractures fermées, il faut morceler la question. Nous obtenons actuellement pendant les trois temps que nécessite toute manœuvre de réduction d'une de ces fractures :

1° La coaptation exacte des fragments ;

2° Leur maintien temporaire ;

3° Leur maintien définitif.

Voyons ce qui se passe pour chacun de ces temps.

I. — La coaptation des fragments dans les *fractures obliques* de jambe doit être faite sous l'*anesthésie* régionale ou générale, et en résolution musculaire complète. L'extension et la contre-extension pratiquées dans ces conditions ne nous donnent presque jamais une réduction parfaite, le plus souvent elles n'améliorent que d'une façon très approximative les déviations et surtout le raccourcissement. Mon mémoire de 1899 vous l'a prouvé, mes tentatives de réduction sur un appareil que j'avais construit, sous écran radioscopique, en voyant et suivant l'évolution des deux fragments sous la traction en dirigeant même ces manœuvres de la façon la plus favorable à la réduction, n'ont fait que me confirmer dans mon opinion ; aussi ai-je abandonné cette pratique, qui ne présente aucun avantage. Le seul progrès que j'aie constaté à cet égard est celui que nous avons consigné dans la thèse de notre interne Saïssi ; il consiste dans une manœuvre de « flexion redressement » comprenant les temps suivants :

1° Flexion du fragment inférieur sur le fragment supérieur, la flexion étant dirigée dans le sens du déplacement du fragment supérieur par rapport à l'inférieur ;

2° Traction progressive dans cette position jusqu'à perception d'une sensation de déclanchement ;

3° Redressement brusque du fragment inférieur sur le fragment supérieur (1).

(1) Saïssi. *Thèse de doctorat*, Paris, 1911.

Et la preuve de son efficacité est dans les radiographies de cette thèse. En voici les originaux.

Je crois donc qu'avant de tenter la réduction sanglante ou l'application d'un Lambret, il faut avoir recours à cette manœuvre.

II. — Le maintien de la coaptation ainsi obtenue *jusqu'au moment où l'appareil inamovible assure définitivement la réduction*, est un temps spécial. C'est à ce moment que se reproduisent les déplacements en apparence ou réellement réduits, c'est alors surtout que se dessinent toutes les déviations suivant la direction.

Pendant l'application de l'appareil, nous n'avons aucune manœuvre nouvelle, aucun appareil qui nous mette à l'abri de cet accident, et j'ai employé, puis abandonné toutes les tiges métalliques qui avaient la prétention d'assurer la réduction pendant ce temps.

III. — Dans l'application de l'appareil peut-être avons-nous, par l'emploi des bandes plâtrées circulaires, épousant tous les contours des malléoles et des plateaux tibiaux, un point d'appui large, plus solide et plus fixe que par l'ancienne gouttière, mais cela n'est pas un progrès suffisant pour étendre le champ d'action des appareils inamovibles et augmenter le nombre de nos réductions des fractures obliques de jambe.

Les tractions de Lembert et l'ouverture des foyers sont donc nettement à l'ordre du jour.

Permettez-moi d'ouvrir ici une parenthèse.

Un facteur adjuvant, mais indispensable dans le maniement de cette réduction, est la radiologie. Je vous ai dit qu'appliquée pendant les tractions manuelles, les résultats pratiques qu'elle m'avait donnés n'étaient pas encourageants. Il en est tout autrement après la réduction sanglante ou l'application d'une traction à la Lembert. Il faut pouvoir constater le résultat et le constater plusieurs fois dans le cours du traitement d'une fracture.

Pour nous assurer de la réduction, il nous faut bien *regarder* puisque nous le pouvons, et ne pas nous en rapporter ni à cette seule euphorie qui succède à la vraie réduction et dont les chirurgiens du moyen âge et de la Renaissance faisaient le seul criterium d'une coaptation parfaite, ni à la palpation directe, si féconde en erreurs.

Or, nous sommes, dans les hôpitaux, outillés à cet égard d'une façon défectueuse et déplorable, et qu'il importe de signaler car l'insuffisance de nos résultats thérapeutiques y trouve en partie son explication. Nos laboratoires de radiographie, dont je crois que tous nos hôpitaux sont munis, possèdent un matériel fixe, c'est-à-dire que tout blessé doit être transporté au laboratoire

pour être examiné ; puis, toutes les fois que besoin est, il doit être de nouveau conduit audit laboratoire et cela quelle que soit sa fracture. Je prétends que cette pratique est à l'heure actuelle déplorable, et si je ne craignais une expression outrancière, je dirais barbare et inhumaine. Ce laboratoire — et quel laboratoire! — est éloigné du service; c'est cours et escaliers que le blessé doit traverser, cahoté, incliné en tous sens avant d'y arriver. Je voudrais voir quelque membre influent de nos Commissions administratives de l'Assistance publique soigné dans ces conditions pour une fracture de jambe ou de cuisse, véhiculé ainsi plusieurs fois de son lit sur un brancard, du brancard sur un lit de laboratoire et ramené par les mêmes étapes dans la salle commune : je suis convaincu que sa religion et sa foi seraient éclairées sur les desiderata de notre installation, surtout quand on lui montrerait que ces lamentables odyssées peuvent être évitées par l'usage d'un *simple appareil radiographique portatif* mobile et suffisant pour tout un hôpital. Si je me permets ces réflexions, que je soumets à votre appréciation, c'est que j'ai fait autrefois installer à Beaujon un appareil de ce modèle, appareil qui m'appartenait et qui a été expulsé « manu militari » par l'Assistance, me disant qu'il faisait double emploi avec son laboratoire et que, récemment, ayant soumis mes doléances au Directeur général, j'ai été éconduit sous le prétexte vraiment curieux : que si un appareil de ce genre était accordé à Beaujon, les autres hôpitaux ne manqueraient pas de le demander. Est-ce la preuve qu'il est inutile? — Je ferme la parenthèse.

Cette coaptation parfaite est-elle *indispensable?* Abrège-t-elle la durée du traitement?

Un malade peut marcher parfaitement après consolidation d'une fracture oblique incomplètement réduite ; il marchera d'autant mieux que l'axe du membre aura été respecté, même s'il existe un raccourcissement. C'est donc dans l'évaluation exacte de la valeur d'un membre fracturé incomplètement réduit, que Lane et moi avons cherché les indications d'un traitement meilleur. C'est à préciser les cas où cette réduction fonctionnelle est suffisante qu'il faut s'efforcer, et nous n'en sommes encore qu'à l'étude, qu'à des convictions et non à des certitudes. Et il m'est impossible de vous préciser où commence l'indication de l'ouverture du foyer, comme il est impossible à M. Lambret de nous dire à quel degré exact commence l'indication de son appareil. C'est affaire de chirurgien, de blessé et de milieu. On a abusé, à mon sens, de cette réduction fonctionnelle ; il suffit de consulter les médecins des Compagnies d'assurances, les experts des

tribunaux, les contentieux des grandes industries pour voir l'unanimité des opinions. Le résultat du traitement des fractures obliques de la jambe est une diminution notable de la valeur fonctionnelle, et par conséquent commerciale, du blessé. Je suis donc avec tous ceux qui cherchent à améliorer ce pourcentage.

Si l'appareil de Lambret l'améliore, j'en chercherai les indications. Si l'efficacité de la traction est indiscutable, elle présente deux inconvénients :

1° Celui de perforer en deux points *et de part en part* le membre atteint ; ouvrir pour ouvrir, j'aime mieux jusqu'à nouvel ordre mettre le foyer à ciel ouvert, voir et lever les obstacles à la réduction. Cependant, comme je n'ai jamais eu de parti pris et que je ne cherche que la vérité, il a sur l'ouverture du foyer l'avantage d'une *attaque en tissu et en os sains*, il s'adresse à une région se défendant mieux contre une infection que celle des tissus contus ou fracturés.

2° Appliqué sur *la jambe et le calcanéum*, il manque à la coaptation parfaite, parce que la traction s'effectue sur un os du tarse doublement mobile par rapport au fragment (mobilité du calcanéum sur l'astragale et de l'astragale sur le tibia). C'est là qu'il faut chercher la cause des résultats défectueux présentés ici. Dans mon petit appareil, je prends le point d'appui sur les deux fragments dans le foyer de fracture; pour celui de Lambret, je prends appui sur les deux fragments, et non pas sur un segment du membre. Les deux malléoles sont admirablement disposées et leur partie supérieure dense *n'a pas besoin d'être traversée* : un simple crochet à sac, comme celui que j'ai fait construire, suffit à la traction.

Cette réduction du chevauchement, en admettant qu'elle arrive à être parfaite, *abrège-t-elle la durée du traitement*, et cela que vous ayez ouvert ou non le foyer de fracture ? Non seulement il ne l'abrège pas, mais il l'augmente. J'avais été frappé de ces résultats dans mes recherches personnelles, mes assistants incriminaient bien des facteurs. Je crois que la raison est toute dans l'étude de la physiologie pathologique de la *consolidation des fractures.*

On a beaucoup étudié la formation histologique du cal et trop délaissé son évolution clinique et expérimentale. Les quelques expériences de Gosselin n'ont guère été répétées, elles établissaient cependant les conditions de formation du cal *primitif* ou virole externe et du cal *secondaire* ou interfragmentaire, et il montrait que si le premier demandait 40 jours à sa constitution, l'autre en demandait 60 à 80, 90.

J'ai repris plusieurs fois ces faits, malheureusement d'une façon incomplète, et j'ignore les conditions de variations nombreuses dans les résultats, cependant j'arrive à ces conclusions que le cal *définitif interfragmentaire* demande 70 à 90 jours pour sa formation ; or, si vous voulez bien vous souvenir que le cal périphérique, cal *primitif*, la virole externe, se développe surtout et souvent ne se développe que dans *les cas de chevauchement des fragments* et, qu'au contraire, lorsque les deux os sont bien bout à bout, il ne se forme qu'un cal interfragmentaire réellement valable, vous comprendrez qu'une fracture *parfaitement* réduite, *anatomiquement réduite*, à foyer fermé mais à ciel ouvert, demandera *pour se consolider plus de temps* que n'en réclame une fracture insuffisamment réduite, l'une ayant un cal interfragmentaire tardif, l'autre un cal primitif rapide et suffisant à l'immobilisation des fragments. Je crois que c'est là l'explication de ce prétendu retard de consolidation des fractures parfaitement réduites.

Resterait à comparer les résultats de la réduction sanglante et ceux que donne l'extension de Lambret et enfin les indications de cette dernière. C'est à la réduction à ciel ouvert et non aux méthodes anciennes que doit être opposée la traction directe sur l'os embroché au-dessus et au-dessous de la fracture.

Les faits seuls permettaient de juger le différend. La *gravité* opératoire et le résultat *définitif* sont les deux facteurs à consulter. Les observations nous manquent pour établir le premier parallèle. *Ouvrir* dans des conditions précises un foyer de fracture fermé, comme je le faisais dès 1900, était à cette époque très discutable, et pour ma part j'en comprenais si bien la gravité que je ne me suis avancé dans cette voie qu'avec une prudence et une réserve que mes adversaires m'ont certainement reconnues. C'est d'abord quatre ou cinq fractures que je suturais chaque année; l'infection si grave dans ces cas nous guettait toujours, et, à l'heure actuelle, après avoir perfectionné chaque année ma technique opératoire et la rigueur de mon asepsie, je ne saurais trop mettre en garde ceux qui nous suivraient dans cette voie. Une asepsie rigoureuse et qui ne connaît pas les à peu près, est la première et l'indispensable condition de la méthode, et mon désir de la rendre inoffensive est tel que j'ai étudié pour elle des procédés de *vaccination* contre le staphylocoque et le streptocoque, agents habituels de l'infection opératoire.

Dans mon rapport sur les soins préopératoires *en chirurgie abdominale*, j'ai rejeté cette *vaccination* comme inutile; ici, je serais tout disposé à l'adopter, tant est profonde la différence

dans les chances et les résultats de l'infection légère en chirurgie abdominale et en *chirurgie osseuse*. Un foyer de fracture s'infecte très facilement, et cela se conçoit; l'altération des tissus, leur vitalité et leur défense atténuées, la présence de caillots sanguins, de fragments de muscles, de parties fibreuses déchirées sont autant de facteurs favorables à la culture microbienne. *Comment diminuer directement ces chances d'infection?*

En dehors de la technique générale, je n'ai trouvé que *deux moyens* d'y parvenir. Le premier, c'est de ne jamais mettre les doigts dans le foyer de la fracture et de ne manœuvrer à ce niveau qu'avec *des instruments métalliques* dont la stérilité est absolue, de *limiter au minimum les délabrements*, les traumatismes des parties molles, les tractions, les libérations d'os. Sur ce point, je suis en conformité de technique avec mes collègues Lambotte et Lane. Le second, c'est de ne s'attaquer à ce foyer que de *cinq à dix jours après l'accident*. A ce moment le gonflement traité par les méthodes habituelles a disparu, les tissus ne sont plus distendus ni gorgés de liquide, tout écoulement sanguin a cessé, les sutures des parties molles se font bien plus facilement sans tension dangereuse, et les chances d'infection sont infiniment moindres. M. Mayo me disait hier même qu'il arrivait à la même constatation et que le moment opportun de l'opération variait également pour lui dans les limites que je viens d'indiquer.

Un *troisième* facteur est également favorable à l'infection, c'est la *présence d'un corps étranger dans la plaie*, fil, agrafe, et tous leurs dérivés. Ils constituent un danger immédiat et une menace tout aussi grave dans l'avenir par les foyers d'ostéite précoce ou tardive qu'ils créent. Depuis bien des années, et j'ai été heureux de lire dans nos Bulletins l'opinion de Wilhelm, auquel mon absence à notre Société m'a empêché de répondre lors de sa communication, je crois et j'ai écrit que *le plus petit corps étranger était le meilleur* et que *sa suppression* est l'idéal. Plus je vais, plus je pratique la réduction sans suture; malheureusement pour les fractures obliques de jambe qui font le point de départ de ce mémoire, cette technique est le plus souvent insuffisante. J'ai cherché à réaliser le maintien de la réduction sans suture, et j'y suis arrivé deux fois de la façon suivante : 1° réduction de la fracture; 2° coaptation temporaire des deux fragments au moyen de mon davier *fixateur*, puis la plaie *bien garnie* et *protégée*, application d'un appareil inamovible. Le plâtre devenu dur et inamovible, le davier est enlevé et si les deux fragments réduits restent au contact sans chevauchement, c'est-à-dire si la coaptation *permanente et définitive* est obtenue, fermeture complète de la plaie. Si, au contraire, le chevauchement tend à se reproduire, application

d'une agrafe ou d'un fil de bronze pour assurer la *permanence* de la réduction. On peut prévoir cette permanence dès que la fracture est réduite, si on peut obtenir un engrènement des fragments, la réduction se maintiendra; si l'obliquité est telle que cet engrènement des fragments n'est pas possible, vous pourrez d'emblée appliquer un agent de contention. Malgré ces quelques progrès, la réduction sanglante doit rester une méthode d'exception.

J'ai apporté ici une dizaine de radiographies à l'appui des faits que je vous ai signalés, et je les tiens à votre disposition.

M. Quénu. — M. Tuffier a ouvert au sujet de la radiographie des blessés de nos services une parenthèse qui mérite de nous retenir. Personnellement, je suis en plein accord avec lui, pour regretter l'état de choses actuel au point de vue radiographique, et, comme conséquence, je propose à la Société de chirurgie de voter sur le vœu suivant : « *La Société de Chirurgie émet le vœu* « *qu'en dehors des installations fixes de radiographie, il y ait dans* « *chaque hôpital un matériel mobile, permettant de radiographier* « *certains malades dans leur lit, sans leur infliger les douleurs et* « *les dangers du déplacement.* »

M. Bazy. — C'est d'ailleurs d'une réalisation très aisée, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte dans mon service en 1898, à l'hôpital Saint-Louis, avec l'assistance du regretté M. Krouchkol.

M. Delorme. — Le vœu proposé n'est pas à sa place devant la Société de chirurgie. Il est d'ordre administratif et devrait à mon avis être renvoyé à l'examen de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

M. le Président. — Nous allons voter sur le vœu de M. Quénu.

Le vœu proposé par M. Quénu est mis aux voix et adopté à l'unanimité des membres présents, moins une voix.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai aucune expérience de l'appareil de de Lambret et je n'aurais pas pris la parole si Tuffier n'avait comparé les résultats qu'il donne avec ceux de la même méthode sanglante.

Je suis tout à fait opposé à l'ouverture systématique de toutes les fractures de jambe. Si je me fracturais la jambe, je ne permettrais pas au meilleur chirurgien de mettre mes os à nu et je pense que beaucoup de nos collègues se conduiraient de même.

Je ne parlerai pas du danger d'infection. Qu'on touche ou qu'on ne touche pas les os avec les mains, cela ne me paraît pas avoir

grande importance pour ceux qui se servent de gants, car la stérilisation des gants est aussi sûre que celle des instruments.

Mais je laisse cette question tout à fait de côté. Si je rejette le traitement systématique des fractures de jambe par la méthode sanglante, c'est parce que, même avec une évolution parfaitement aseptique, il me semble donner des résultats inférieurs à ceux que j'obtiens avec mon appareil.

D'abord une fracture ouverte ne se consolide pas aussi vite qu'une fracture fermée. Ceci Tuffier l'a reconnu. Et, d'autre part, il nous dit qu'il ne faut pas faire la suture avant le dixième jour. C'est donc à partir de ce jour, le dixième, qu'il faut compter la consolidation. Si, au retard dû à l'ouverture, on ajoute encore le retard de dix jours, on arrive à une durée totale bien considérable, et pendant ce temps le membre est immobilisé dans un appareil plâtré; les muscles s'atrophient, les tendons perdent leur mobilité, les articulations se raidissent, si bien que quand on sort ces malades de leurs appareils, ils ont des membres dont ils ne peuvent pas se servir. Si je n'obtiens pas, par la marche directe, des résultats géométriques aussi parfaits, j'obtiens des résultats fonctionnels bien meilleurs.

Voici un second point. Tuffier a dit avec raison que la correction suivant l'axe est beaucoup plus importante que la correction suivant la longueur. Or, aucun des procédés de fixation directe des fragments ne met sûrement à l'abri de l'angulation. Par les plaques de Lambotte, on réalise une contention immédiate parfaite, mais l'ostéite raréfiante intervient. Au bout de quelques jours, les vis ne sont plus fixes, même avec une évolution parfaitement aseptique. En voici la preuve. J'ai soigné un malade auquel on avait fait une ostéosynthèse avec une grande plaque de Lambotte. L'évolution a été parfaitement aseptique, car le malade a toujours sa plaque. L'accident remonte à près de trois ans. Or, je l'ai vu au quinzième jour de l'opération. Les fragments étaient parfaitement bout à bout, mais il y avait une mobilité extraordinaire; on produisait sans effort une angulation énorme et le malade a guéri avec une déformation notable.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir, Demoulin et moi, une fracture de l'humérus traitée pour une plaque de Lambotte. Là encore les fragments étaient bout à bout, mais il y avait une angulation marquée.

Enfin, il faut se demander ce que deviennent ultérieurement les cals de ces fractures suturées.

J'ai revu avant-hier un malade auquel j'ai suturé par deux fils d'argent une fracture de jambe lorsque j'étais chirurgien de Bicêtre; il y a donc au moins huit ans. Chez lui, la réduction est

restée bonne. Il n'y a pas d'angulation. Pendant sept ans, le malade a pu se servir de sa jambe sans rien ressentir d'anormal. Depuis quelques mois, il souffre de son cal. L'évolution a été aseptique, la cicatrice est linéaire, souple, sans adhérence. Mais le cal est énorme : il est en certains points sensible à la pression et il devient douloureux quand le malade reste debout. La radiographie montre les fils d'argent enfoncés dans un énorme massif osseux, et sans doute je serai obligé de faire une intervention sur ce cal hypertrophique.

J'avoue que ce fait m'impressionne. Je n'ai jamais vu le cal d'une fracture fermée devenir douloureux après sept ans d'indolence. Aussi suis-je tenté de croire que l'intervention est pour quelque chose dans cette évolution singulière.

Voici les principales raisons pour lesquelles je ne suis pas partisan de l'ouverture systématique des foyers de fracture. Il est bien entendu que j'ai parlé seulement des fractures de jambe et des formes ordinaires.

M. Tuffier. — Un simple mot pour dire à M. Delbet que j'ai indiqué dans mon texte la proscription de toutes ces pièces métalliques volumineuses, avec ou sans vis, laissées à demeure dans les fractures : Je vous ai dit le plus petit corps étranger, pas de corps étranger si je puis, telle est ma pratique actuelle. C'est parce que je connais tous les inconvénients à longue échéance des fils, agrafes ou agents métalliques que ma technique s'est ainsi modifiée.

M. Lucas-Championnière. — Sans vouloir reprendre tout ce qui a été dit sur la question du traitement des fractures fermées par l'opération, je ne puis m'empêcher de noter que M. Tuffier, très partisan de ces opérations, vient de faire une remarque sur laquelle j'ai insisté depuis longtemps et qui justifie ce que j'ai toujours dit, à savoir que l'observation du mode de la réparation des fractures ouvertes et suturées montre que le traitement sanglant ne doit pas être généralisé.

En effet, cette généralisation ne serait justifiée que si la réparation de la fracture était plus complète, plus rapide, et définitivement plus solide que la réparation sans opération. Or, il n'en est rien. Après la suture ou la réunion par griffes ou attelles, la réparation est plus lente que la réparation que nous observons tous les jours avec les traitements par appareils et surtout sans appareils. Elle est définitivement moins solide et moins parfaite. M. Tuffier n'a pas signalé le fait que l'immobilisation absolue du foyer de fracture est une des mauvaises conditions de la répation par suture. La conséquence en est pourtant que plus l'opé-

ration de fixation des os sera parfaite et moins la réparation sera bonne.

Cela est tellement vrai que M. Tuffier préconise, après l'ouverture du foyer de fracture pour la réduction, la fixation du membre sans suture. C'est une solution que j'ai recommandée depuis longtemps, ayant ainsi pratiqué des réductions de fractures et placé ensuite des appareils suffisants pour me donner la réparation du membre la meilleure possible.

Malgré cette opinion, je ne crois pas qu'il ne soit juste d'édicter une proscription absolue de l'opération sanglante pour les fractures fermées. Je ne voudrais même pas qu'on invoquât pour cette proscription les accidents possibles. C'est, il est vrai, un motif à invoquer pour la plupart des chirurgiens qui n'ont pas l'habitude courante de la chirurgie osseuse, mais qui ne devrait pas compter pour les autres. Pour ma part, j'ai fait un assez grand nombre de ces interventions sur les os en plein traumatisme pour estimer qu'avec une bonne chirurgie antiseptique la complication septique ne doit pas compter. Je suis même convaincu que les incidents secondaires (éliminations et ostéites dont on parle, sont toujours dus à une septicité primitive de la plaie que la chirurgie aseptique n'a pas évitée. C'est le reproche capital que j'adresse aux techniques extraordinairement compliquées, mais insuffisantes, que nous recommandent la plupart des opérateurs de fractures. Il est facile de s'assurer que les accidents sont encore infiniment plus fréquents qu'ils ne devraient être.

Très partisan de l'intervention immédiate ou très rapide pour certaines fractures, je crois qu'on peut réserver l'opération des fractures de jambe, par exemple, pour les cas très rares pour lesquels les appareils échouent. Mais je tiens à affirmer que, dans l'immense majorité des cas, ce sont interventions inutiles, parce qu'elles ont des résultats très inférieurs à ceux que donne un bon traitement des fractures. Pour celles-ci, l'argument invoqué par les opérateurs, *une certaine dose de raccourcissement*, n'a aucune importance si les conditions d'axe sont bien conservées, en même temps que les conditions favorables aux muscles, aux tendons et aux articulations sont respectées.

M. Moty. — Je voudrais appuyer ce qu'a dit M. Tuffier, au sujet du retard de consolidation des fractures, parfaitement coaptées. Je n'ai opéré qu'une seule pseudarthrose du tibia, et c'était dans un cas de fracture transversale avec affrontement exact des fragments. Je plaçai des coins d'os de mouton vivant et la consolidation se fit assez rapidement. Cette observation a été communiquée *in extenso* au Congrès de chirurgie de 1892 ou 1893.

Communications.

Fibrome utérin chez une femme pseudo-hermaphrodite d'apparence masculine,

par M. le Dr V. PAUCHET (d'Amiens),
Membre correspondant national.

Louis G..., soixante et un ans, fut considéré comme une fille jusqu'à l'âge de neuf ans. Après cette époque il changea de sexe après une visite à l'hôpital Trousseau, et fut envoyé à l'école des garçons. Rien d'intéressant dans les antécédents; aucun vice de conformation chez ses collatéraux, ni ses parents. Il ne fut pas admis au service militaire à cause de sa petite taille ($1^{m}34$).

Il y a dix ans, vers l'époque qui doit correspondre à la ménopause, le ventre commença à augmenter de volume; cet accroissement devint considérable au cours de ces deux dernières années. Des troubles circulatoires apparurent : oppression, œdème des jambes; c'est la raison pour laquelle il consulta à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Il fut d'abord examiné par le Dr Courtellemont, professeur de clinique médicale, et par son chef de clinique, le Dr Bax. Ceux-ci hésitèrent entre le diagnostic de kyste du mésentère et de kystes hydatiques multiples. La réaction de Weinberg fut négative. A ma première visite, je fus frappé par la petitesse de la taille et par le volume considérable du ventre. Comme le fit remarquer un de mes collègues facétieux, « c'était un petit homme suspendu à une tumeur ». La marche provoquait de l'oppression et paraissait très pénible. L'abdomen était volumineux, bosselé et renfermait une tumeur multiple d'apparence fluctuante. La paroi abdominale était sillonnée d'un réseau veineux supplémentaire abondant. Les conjonctives étaient sub-ictériques; les selles étaient normales; aucun trouble du côté de l'appareil urinaire, ni du côté des voies digestives, à part une légère dyspepsie due à la compression; pas d'albumine, pas de sucre dans les urines.

Le malade attira alors mon attention sur ses organes génitaux et me demanda s'il n'était pas hermaphrodite; je l'examinai. Je constatai un scrotum vide de testicules; les glandes ne se trouvaient pas dans les anneaux; la paroi était d'ailleurs difficile à explorer à cause de la distension abdominale. La verge était peu volumineuse, du volume d'un doigt environ. Cette verge était bien conformée, mais le méat urétral s'ouvrait à la partie

moyenne de la portion pénienne. La miction se faisait normalement. Le sujet était barbu comme un homme normal. Sa voix était masculine. Je conclus donc qu'il s'agissait d'un homme avec des organes génitaux peu développés, les testicules en ectopie et un hypospade balano-pénien.

Mes collègues me demandèrent de poser un diagnostic. Je

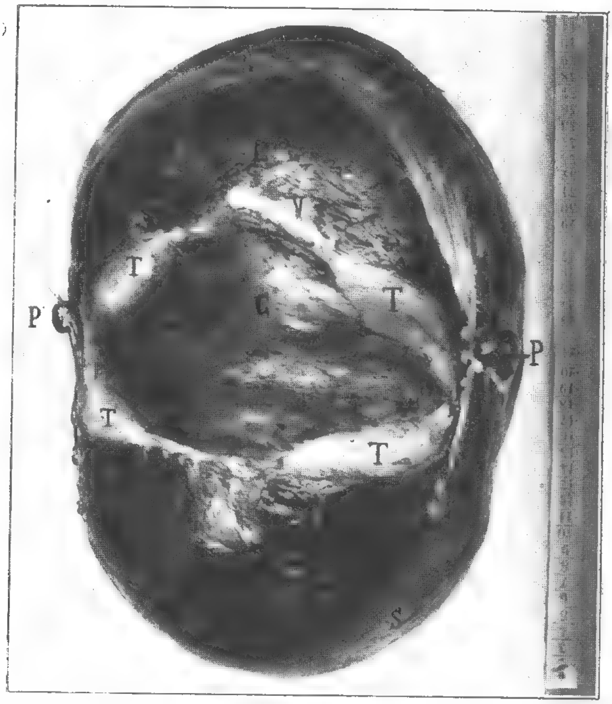


Fig. 1. — Fibrome ramolli de 13 kilogrammes. La tumeur est fendue seulement dans la hauteur de la cavité utérine et suivant un plan frontal, vu par la partie inférieure.

C, cavité utérine; U, U, cornes utérines; V, une des valves du col utérin; T, T, T, T, tranches de la paroi utérine fendue dans la partie inférieure de la masse; P, P, pédicules ovariens; L, surface cruentée rétro-vésicale; S, S, séreuse.

répondis que, si c'était une femme, j'aurais conclu à un kyste de l'ovaire multiloculaire, mais qu'en présence d'un homme il m'était impossible de poser un diagnostic. La masse ne présentait en effet aucun des caractères cliniques des tumeurs possibles chez un homme. Mes collègues penchaient vers l'idée de kyste du mésentère.

L'intervention fut faite au Pavillon Duvauchel le 5 avril, avec

l'aide du Dr Sourdat, et en présence des confrères amiénois : Bax, Chazarain, Courtellemont et Dacheux.

Je fis une grande incision allant de l'épigastre jusqu'à l'ombilic. J'extériorisai immédiatement une énorme tumeur pseudo-fluctuante que je reconnus immédiatement pour un fibrome utérin ramolli. Les deux ovaires flanquaient la tumeur de chaque côté.



Fig. 2. — Aspect du ventre après l'opération. En haut et au milieu de l'abdomen, on voit la cicatrice abdominale qui remonte jusqu'à l'épigastre. Aspect des organes génitaux. Le périnée et le scrotum ne sont pas fendus et représentent bien l'aspect d'un périnée mâle. Le scrotum est vide. La verge présente un calibre égal à celui du doigt de l'assistant qui la soutient. Le gland est bien conformé.

Je pratiquai une hystérectomie abdominale totale; au moment où je sectionnai la partie moyenne du néoplasme, j'ouvris le vagin dans lequel j'introduisis un clan. Le clan se dirigea vers le rectum. Il m'eût été facile d'introduire un doigt dans le rectum pour savoir exactement le point de terminaison du vagin, mais je ne voulus pas exécuter cette manœuvre qui eût nécessité de déta-

cher le malade, de relever les champs opératoires, manœuvre qui aurait prolongé l'opération et fait courir quelques risques d'infection. J'examinai avec soin les parois pelviennes; je recherchai s'il n'y avait point trace de testicule; l'exploration fut négative. Le ventre fut suturé en un plan au fil de bronze-aluminium.

Les suites opératoires furent très simples; après l'intervention, je fis le toucher rectal, et immédiatement au-dessus de l'anus je perçus une sorte de masse semblable à une prostate. Je n'ai pu percevoir aucun orifice de communication avec le vagin.

Je pratiquai la rectoscopie quelques jours plus tard et je ne trouvai aucun cul-de-sac, ni aucune dépression pouvant correspondre à un orifice vaginal. Je conclus donc que le vagin devait descendre jusqu'au périnée et que là il se terminait en cul-de-sac, parce que du côté du périnée le plancher cutané était complètement fermé.

Je vous présenterai le malade dans quelques instants pour que vous puissiez l'examiner.



FIG. 3. — Aspect du sujet trois semaines après l'opération. On remarquera que la barbe, qui avait été entièrement rasée immédiatement avant l'intervention, présente une longueur égale à celle d'un homme normal.

La question de l'hermaphrodisme vient d'être mise au point dans une étude récente du professeur Pozzi (1).

Le véritable hermaphrodite n'existe pas, car il n'y a jamais coexistence des testicules et des ovaires chez le même sujet.

(1) Pozzi. Neuf cas personnels de pseudo-hermaphrodisme. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (Mars 1911).

Les malformés qui présentent l'apparence bi-sexuelle sont donc des pseudo-hermaphrodites qui appartiennent, en réalité, soit au sexe mâle, soit au sexe femelle.

Le diagnostic du sexe ne peut être fait qu'après biopsie ou autopsie par l'examen histologique des glandes sexuelles. Tant que le microscope n'a pas révélé la présence des follicules ovariens ou des spermatozoïdes, le diagnostic n'est pas possible.

Le sexe étant reconnu, le pseudo-hermaphrodite peut être considéré comme androgynoïde ou gynandroïde, suivant la classification récente de Pozzi (1).

On désigne sous le nom d'*androgynoïde*, le pseudo-hermaphrodite mâle qui présente l'apparence sexuelle de la femelle, et sous le nom de *gynandroïde*, le pseudo-hermaphrodite femelle qui a l'apparence masculine.

L'aspect des organes génitaux externes ne présente pas toujours une similitude complète avec ceux du sexe contraire ; suivant que cette similitude est complète ou incomplète, le sujet est dit *régulier* ou *irrégulier* (2).

Si l'androgynoïde, le pseudo-hermaphrodite mâle d'apparence femelle, présente une véritable vulve, il sera dit *androgynoïde régulier* ; si au contraire, l'illusion ne résiste pas au premier examen, si l'aspect vulviforme est simplement dû à l'existence d'un hypospade périnéo-scrotal avec pénis clitorien, le pseudo-hermaphrodite mâle est dit *androgynoïde irrégulier*.

Si le pseudo-hermaphrodite femelle d'apparence masculine ou gynandroïde présente, comme notre malade, un périnée et un scrotum bien formés avec urètre plus ou moins complet, c'est un *gynandroïde régulier*. Si, au contraire, ce malformé présente un périnée fendu comme celui d'une femme, avec une ébauche de vulve et un clitoris péniforme, il sera dit *gynandroïde irrégulier*. *Le malade que nous avons présenté est donc un gynandroïde régulier*.

L'aspect masculin, déjà très net par les organes génitaux externes, était complété par sa voix mâle et sa barbe masculine.

M. Broca. — M. Pauchet nous dit avoir éliminé le kyste hydatique parce que la réaction de Weinberg a été négative. L'argument ne vaut rien, car les cas ne se comptent plus où un kyste hydatique certain ne provoque pas, avant opération, la réaction de Weinberg. Il la provoque après opération, donc la doctrine scientifique reste intacte; mais en clinique elle est en défaut et seuls les cas à réaction positive doivent être pris en considération.

(1) Pozzi. *Loc. cit.*
(2) Pozzi. *Loc. cit.*

Note sur deux cas « d'ulcère de Vincent »,

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Je désire vous entretenir d'une variété d'ulcère du membre inférieur dont j'ai récemment observé deux cas.

Cette lésion revêt cliniquement l'aspect de la pourriture d'hôpital; elle en possède la flore microbienne, mais on ne saurait lui conserver une dénomination appliquée jadis à une endémie hospitalière très meurtrière, spéciale aux opérés, et qui, grâce à nos méthodes actuelles, a aujourd'hui complètement disparu.

L'affection dont je veux vous parler apparaît spontanément, *en dehors de toute plaie opératoire*, chez des malades venus du dehors. Elle n'est donc plus, à proprement parler, une maladie d'hôpital, et c'est pourquoi je vous propose de la désigner sous le nom d'ulcère de Vincent, du nom de l'auteur qui a eu le mérite de l'étudier dans ces dernières années.

Dans un intéressant travail, publié en 1896, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, le professeur Vincent (du Val-de-Grâce) rapporte, en effet, qu'il a eu à traiter à l'hôpital du Dey, à Alger, 47 de ces cas, dont 9 particulièrement graves, chez des convoyeurs kabyles ou arabes, rapatriés de Madagascar.

Il les étudie, à défaut d'autre terme, sous le nom de pourriture d'hôpital; il pense, d'ailleurs, que cette maladie est devenue tellement rare qu'on n'a guère l'occasion de l'étudier.

L'affection chez ces malades s'était développée *spontanément* au niveau d'excoriations et de plaies légères des jambes, des pieds et des mains.

La même année, Coyon, interne de notre collègue Ricard, publiait dans les mêmes *Annales* la relation d'un fait qu'il avait observé à la Charité. Je vous demande la permission de vous le relater *in extenso* :

« Le 8 mai 1906, entra, à la Charité, dans le service de M. Ricard, un malade porteur d'une ulcération de la face externe de la jambe droite. Cette ulcération cratériforme, à bords ronds, surélevés, sur des tissus œdématiés, lymphangitiques, était recouverte de pseudomembranes d'un gris noirâtre, très adhérentes au pourtour, et laissant écouler une sanie exhalant une odeur putride caractéristique. Le malade présentait un état général assez grave, facies plombé, troubles digestifs, albumine dans les urines, fièvre légère.

« La profession du malade, qui est palefrenier, fit penser à la morve; mais le lendemain, sur le seul vu de la plaie, M. Ricard portait d'emblée le diagnostic de pourriture d'hôpital et instituait

aussitôt le traitement par l'éther camphré, dont le résultat fut immédiat.

« En dehors de la profession, aucun commémoratif important à noter, sinon une fracture antérieure de la même jambe, ayant déterminé des troubles trophiques et des poussées de furonculose.

« C'est sur un *de ces furoncles* que l'infection s'était développée.

« L'examen bactériologique vint confirmer le diagnostic clinique. »

J'ai eu moi-même l'occasion, depuis dix-huit mois, d'étudier cette maladie, une fois chez un malade de ville, une fois dans mon service de Lariboisière.

Voici la relation du premier cas. J'en donne ici le résumé :

Il y a environ deux ans, j'étais appelé à donner mes soins, en ville, à la fille d'un haut fonctionnaire du Maroc.

Cette jeune fille s'était fait, en tombant dans la cour de l'habitation où elle demeurait, au Maroc, une plaie légère de la région antérieure du genou. Un médecin appelé fit une suture, et l'enfant fut rapatriée dans une gouttière.

En revenant en France, elle fut prise, sur le bateau, d'une fièvre intense; le médecin du bord ne voulut pas y toucher et elle arriva ainsi à Paris. Je pus donc défaire moi-même le pansement qui avait été fait par le médecin marocain.

La région était le siège d'une tuméfaction intense. Je fis sauter les points de suture : les bords de la plaie linéaire s'écartèrent d'une façon notable; le fond ne présentait aucune altération appréciable.

Un pansement simple fut appliqué.

Les jours suivants, cette plaie se recouvrit d'une couenne épaisse, les bords s'ulcérèrent et la plaie parut gagner en profondeur.

Me rappelant alors les faits que j'avais observés dans ma jeunesse, je pensai de suite à la pourriture d'hôpital.

M. Périer d'abord, puis M. Vincent, confirmèrent le diagnostic. Les préparations qui furent faites au laboratoire du Val-de-Grâce permirent de découvrir à la fois le bacille fusiforme et le spirille.

La plaie qui, depuis plusieurs semaines, présentait une inquiétante extension, guérit rapidement, grâce au traitement de Vincent.

Voilà un cas qui démontre l'existence au Maroc, comme à Madagascar, des ulcères à association fibrillo-fusiforme. Mais la maladie paraît également exister à Paris. Déjà le cas de Ricard rentre dans cette catégorie.

Mon deuxième cas ne peut également laisser aucun doute à cet égard.

Le 25 février 1910 entrait dans mon service une jeune femme de vingt-trois ans présentant un large ulcère de jambe.

Comme antécédent, cette malade, employée dans une boucherie, déclare qu'elle avait présenté au début une petite plaie qu'elle a grattée avec ses ongles. Cette plaie siégeait à la partie postéro-inférieure de la jambe gauche ; elle avait évolué en trois semaines environ, et j'insiste sur ce point. Au moment de son entrée, elle mesurait 15 à 20 centimètres de long sur 15 de large. Ses bords étaient irréguliers, finement dentelés, taillés à pic. Le fond présentait un enduit pulpeux gris jaunâtre. Autour d'elle et à la partie inférieure au voisinage du tendon d'Achille existaient deux autres petites plaies présentant les mêmes caractères.

Sous nos yeux, et en quelques jours, les plaies s'étaient notablement agrandies et avaient fusionné; à son entrée à l'hôpital, elle présentait une température de 38°5.

La malade ne présentait pas de varices sur le membre ; on ne pouvait guère admettre un ulcère variqueux; on ne retrouvait aucun des caractères objectifs.

L'évolution rapide suffisait d'ailleurs à faire rejeter ce diagnostic qui avait été porté par quelques-uns de nos élèves.

D'autre part, ses caractères propres n'étaient pas, sauf le siège, ceux d'une gomme syphilitique, et j'admis le diagnostic de pourriture d'hôpital. Je priai un élève de l'Institut Pasteur, attaché à mon service comme stagiaire, M. Botelho, de vouloir bien pratiquer dans mon laboratoire l'examen bactériologique de l'enduit qui recouvrait la plaie et d'y rechercher le bacille fusiforme et le spirille décrits par Vincent dans cette affection. M. Botelho découvrit, en effet, une association spirillo-fusiforme de Vincent typique, c'est-à-dire un grand nombre de petits bacilles à bout effilés (forme de fuseau) mesurant environ 4 millièmes de millimètre sur 1 de large, ne prenant pas le gram et associés à de nombreux spirilles très fins, très difficilement colorables, ne prenant pas le gram également.

J'ai prié en outre M. Vincent de vouloir bien contrôler lui-même nos préparations.

Une d'elles fut envoyée au Val-de-Grâce. Il nous déclara qu'il s'agissait bien là des microbes décrits par lui dans la pourriture d'hôpital.

Ainsi donc le diagnostic bactériologique vint dans ce cas confirmer les prévisions de la clinique.

J'ai dès lors prié M. Botelho de suivre jour par jour la flore microbienne spécifique parallèlement à l'application des antiseptiques employés et de tracer l'histoire bactériologique du cas qui nous occupe.

Voici la note qu'il m'a remise :

Histoire bactériologique de la malade, pendant son séjour à l'hôpital (faite au laboratoire de M. Picqué, à l'hôpital Lariboisière, par M. Botelho, élève du service).

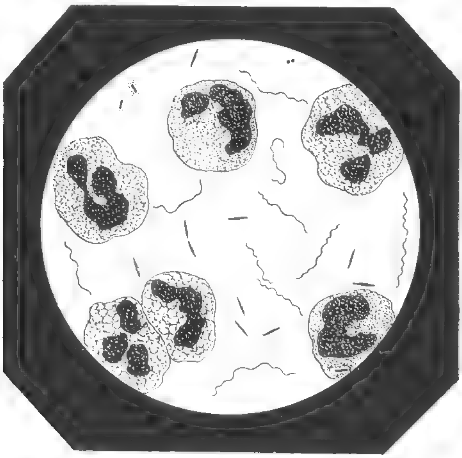
5 *février*. — (Entrée de la malade.)

Lavage de la plaie à l'eau oxygénée presque pure (3/4 d'eau oxygénée pour 1/4 d'eau).

6 *février*. — Même traitement.

7 *février*. — Premier examen microscopique (fig. 1).

Les examens ont été pratiqués sur les prélèvements faits à la surface même des plaies et sur les bords décollés de leurs contours ainsi que sur des parcelles de la pulpe pseudo-membraneuse qui les recouvrait au début.



1

Au microscope, on voit des bacilles fusiformes nombreux, accompagnés d'un grand nombre de spirilles très fins, bien caractéristiques; on observe également quelques cocci surajoutés ainsi qu'un bâtonnet. Les milieux de culture que nous avons ensemencés nous ont donné un staphylocoque et un bacille très vraisemblablement le coli-bacille. Nous procédons à un examen à l'ultra-microscope (très probablement le premier qui ait été fait jusqu'ici pour la pourriture d'hôpital) et nous avons constaté la mobilité extrême des spirilles et l'immobilité absolue des bacilles fusiformes, ce qu'avait déjà décrit Vincent.

7 *février*. — Même traitement à l'eau oxygénée.

8 *février*. — Deuxième examen microscopique qui donne un résultat à peu près identique au précédent.

8 et 9 *février*. — Continuation du traitement à l'eau oxygénée.

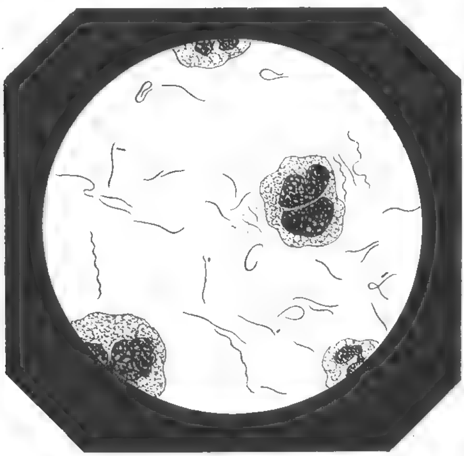
10 *février*. — Troisième examen microscopique. On commence à noter une modification dans la flore microbienne, à savoir : les spirilles toujours bien caractéristiques sont en majorité dans la préparation et les bacilles fusiformes plus rares; augmentation de la flore accessoire (staphylocoque et bâtonnets).

Les 10, 11, 12, 13, 14 *février*, continuation du traitement à l'eau oxygénée.

Le 15 *février*, à l'examen microscopique, l'aspect de la préparation présente des changements notables, à savoir : persistance des spirilles caractéristiques, disparition complète des formes en fuseau (courtes et droites), des bacilles fusiformes, qui deviennent plus nombreux que dans la préparation précédente, mais sous forme de long vibrion, un grand S, rappelant le vibrion septique de Pasteur; apparition des formes d'involution du fusiforme; ceux-ci forment maintenant le gros de la préparation, on trouve encore de rares cocci accessoires (fig. 2).

Le 15 *février*, l'on fait un attouchement à la teinture d'iode.

Le 16, l'examen microscopique démontre qu'il y a eu une diminution



2

considérable de la flore microbienne. Les spirilles, quoique en quantité minime, persistent alors que les fusiformes ont totalement disparu (fig. 3).

La teinture d'iode a eu un pouvoir microbicide très puissant vis-à-vis des microbes de Vincent auquel les spirilles se sont montrés visiblement plus résistants que les bacilles fusiformes.

Le 16, première application de la poudre prescrite par M. Vincent :

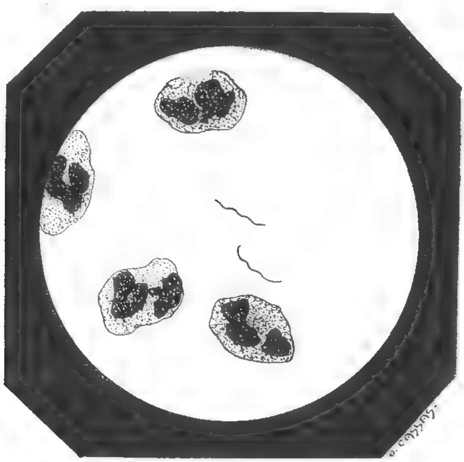
Chlorure de chaux frais	2	grammes.
Acide borique	18	—

Le 17 et le 18, les microbes de Vincent disparaissent; on ne retrouve que de rares débris de spirilles; on ne peut plus reconnaître la flore spécifique de la pourriture d'hôpital.

Résumé. — Nous avons pu remarquer qu'au bout de treize jours de traitement quotidien et antiseptique les agents spécifiques de la pourriture d'hôpital disparaissent. La teinture d'iode a eu un pouvoir microbicide très marqué vis-à-vis des microbes de Vincent (il est

intéressant de rappeler qu'aujourd'hui ce pouvoir est reconnu vis-à-vis des agents presque identiques qui provoquent des angines dites de Vincent). Au deuxième jour de traitement, observation des formes en vibrion du bacille fusiforme et forme d'involution. Le spirille s'est montré beaucoup plus résistant à l'action des antiseptiques que le bacille fusiforme et persistait encore quand celui-ci faisait défaut.

L'ultra-microscope confirme ce que l'on savait déjà au point de vue de la mobilité du bacille fusiforme et du spirille de Vincent. Dans certaines préparations, même celles colorées au Ziehl, nous avons trouvé des bacilles présentant des zones non colorées simulant des spores.



3

Les préparations ont été fixées à l'alcool-éther et colorées à la fuschine de Ziehl et à la thionine phéniquée. Les différents essais de culture ne nous ont donné que celle des microbes accessoires décrits plus haut. Nous n'avons jamais trouvé de pyocyanique.

J'ajoute à la note ci-jointe que l'évolution clinique s'est faite parallèlement à la disparition progressive de la plaie microbienne. Le deuxième jour, la fièvre a disparu sous l'influence du traitement.

La plaie principale a peu à peu diminué d'étendue pour disparaître entièrement à la quatrième semaine. Les autres, plus petites, ont résisté davantage, et c'est sur ces dernières qu'ont porté les derniers examens bactériologiques. Tout était cicatrisé à la cinquième semaine.

Les faits que je viens de vous rapporter sont intéressants au point de vue scientifique. Ils ne le sont pas moins au point de vue pratique. Si, en effet, cette maladie a disparu de l'hôpital, elle n'en existe pas moins en ville; nous devons dès lors nous défendre

contre un retour offensif de la maladie et protéger nos opérés contre la contamination possible par les malades venus du dehors.

Aussi n'est-il pas étrange de voir le chirurgien d'hôpital dépossédé du droit de recruter directement les malades de son service à l'époque où nous sommes menacés de tant de responsabilité et n'avons-nous pas le devoir de protester bien haut contre le droit que s'est arrogé l'administration de jeter pêle-mêle dans nos salles, au contact de nos opérés, des malades sur lesquels on nous refuse le droit d'exercer le moindre contrôle? C'est là une situation inquiétante sur laquelle nous avons le devoir d'attirer l'attention des pouvoirs publics.

Présentations de malades.

Résection de l'artère et de la veine iliaques externes au cours de l'extirpation d'un cancer mélanique des ganglions de l'aine et de la fosse iliaque, consécutif à un mélanome de la jambe.

M. H. Morestin. — Chez cette jeune femme, j'ai pratiqué l'ablation très laborieuse d'une volumineuse tumeur du pli de l'aine et de la fosse iliaque externe, d'un cancer mélanique secondaire à un mélanome de la peau de la jambe; la *résection des vaisseaux iliaques* à laquelle j'ai été conduit au cours de cette intervention est le point important de cette observation, qui, sans cela, eût été superposable à tant d'autres relations d'opérations décevantes dirigées contre les plus malignes des tumeurs.

Mme G..., âgée de trente-deux ans, est entrée le 5 janvier dernier à l'hôpital Tenon dans mon service salle R. Wallace, 7. Elle portait depuis sa naissance, à la face externe de la jambe droite, une tache pigmentaire, un nævus d'apparence très banale. Il y a trois ans, la malade devient enceinte. Pendant sa grossesse, elle remarque que cette plaque devient inégale et plus épaisse. Sa grossesse se termine heureusement, mais la lésion augmente; il se forme des bourgeons irréguliers, puis une masse saillante, noirâtre, saignant au moindre frottement, enfin une tumeur de plus en plus volumineuse. L'extirpation en est pratiquée au mois de juillet 1910. La plaie se cicatrise promptement, mais presque aussitôt les glandes de l'aine s'engorgent. Bientôt, elles forment une masse considérable.

Cette pauvre femme m'arrive enfin dans la situation la plus triste. Tout le triangle de Scarpa est occupé par une masse bos-

selée, d'une coloration bleu noirâtre, largement adhérente aux téguments, adhérente aussi à la profondeur. Cette tumeur est du volume de deux poings.

Au-dessus de l'arcade crurale, on sent, en outre, une masse du volume d'un gros œuf, dont la mobilité est elle-même douteuse.

A la face iuterne de la jambe, au voisinage de la cicatrice opératoire, plusieurs petits noyaux noirâtres développés dans l'épaisseur de la peau. Le diagnostic est évident et il n'est que trop aisé de reconstituer la triste histoire de cette infortunée : tache pigmentaire, transformation maligne, cancer mélanique se propageant aux ganglions inguinaux et iliaques.

Cette femme, jeune encore, robuste et très désireuse de vivre, souhaitait vivement être opérée, et je ne crus pas devoir lui refuser cette tentative, l'examen le plus complet ne permettant encore de déceler aucun autre foyer secondaire.

Le 7 janvier eut lieu l'intervention. La tumeur inguinale fut largement circonscrite. Je traçai une grande incision commençant au niveau de la partie la plus élevée de la crête iliaque, se portant en bas et en dedans, contournant la tumeur, pour aboutir sur la face interne de la cuisse, à cinq travers de doigt du pli périnéo-crural. Une autre incision commençant à l'endroit où la précédente croise l'arcade crurale, suit cette arcade, contournant par en haut la tumeur inguinale, et rejoint la première en dedans du moyen adducteur.

La masse inguinale, graduellement isolée, peut être enlevée méthodiquement par une dissection nette, en respectant les gros vaisseaux qui sont à nu, exposés au fond de la plaie, toutes leurs branches superficielles, honteuses, tégumenteuses, abdominale, circonflexe iliaque superficielle, étant d'ailleurs sectionnées à leur origine.

J'espérais que l'adénopathie iliaque, plus récente, se laisserait isoler plus facilement et que la conservation des vaisseaux serait plus aisément réalisable. Mais il n'en fut rien. Cette partie de l'intervention fut très difficile et se termina par la résection de l'artère et de la veine iliaques externes. Une fois la paroi musculaire incisée, je pus m'assurer, en effet, que la masse des ganglions iliaques externes était fixée, que le péritoine même se laissait difficilement refouler. La séreuse se déchira au niveau d'un prolongement qu'elle émettait dans le canal inguinal. Le sujet était porteur d'une hernie inguinale interstitielle congénitale assez curieuse, car elle contenait la trompe qui était fixée dans le canal et entourée d'un grand nombre de kystes péritubaires. Mais je passe.

Le péritoine détaché, relevé, et la tumeur découverte, je dus,

pour dégager celle-ci, réséquer l'arcade crurale, à laquelle elle adhérait, puis sectionner l'épigastrique, la circonflexe iliaque. Bientôt je reconnus l'impossibilité absolue de la séparer et de l'artère et de la veine sous-jacentes. Je me décidai donc à réséquer ces deux vaisseaux sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, la section inférieure portant juste au niveau de l'arcade crurale. Il me fallut encore extirper un gros ganglion qui était en dedans de la veine contre la paroi pelvienne, et un autre plus petit, suspect encore, situé un peu plus haut, toujours contre la paroi pelvienne.

Je reconstituai alors la paroi abdominale, et comme il n'y avait plus d'arcade crurale, je suturai les muscles abdominaux aux muscles de la cuisse. Le couturier fut ramené au-devant des vaisseaux fémoraux exposés.

La partie crurale de la plaie ne put être fermée complètement; je dus en abandonner une partie à la réparation spontanée.

Enfin, je fis l'ablation large de tout le territoire mélanique de la jambe, sacrifiant avec lui une grande marge de tissus d'apparence saine.

Cette intervention terminée, la malade était très pâle et assez fortement choquée; son pouls n'était plus perceptible. Quant au membre inférieur du côté opéré, il s'était considérablement refroidi, et présentait absolument l'apparence cadavérique.

Trois heures après, le pouls était encore imperceptible, et le membre, quoique entouré de boules chaudes, demeurait glacé et comme mort.

Vers la cinquième heure, le pouls reparut très petit et extrêmement rapide.

Six heures après l'intervention, le membre opéré commence à tiédir. Dans le courant de la nuit, la circulation se rétablit complètement, et, à ma visite le lendemain, je trouvai la malade fort bien. Son pouls était à 110, nettement frappé, mais très irrégulier. Le membre opéré avait récupéré la température normale, les mouvements du pied et des orteils s'exécutaient facilement. La malade nous dit qu'elle avait beaucoup souffert pendant la nuit du côté du ventre et dans tout le membre inférieur droit.

Les suites furent dès lors des plus simples. Il n'y eut à noter qu'un œdème, d'ailleurs très modéré, survenu au cinquième jour, et occupant le pied et la jambe du côté droit. Cet œdème disparut bientôt, mais reparut quand la malade commença à marcher. Il se montre encore un peu au niveau des chevilles, quand la malade reste longtemps debout.

La plaie inguinale se ferma entièrement en six semaines. Quant à celle de la jambe, elle s'est beaucoup réduite, elle ne s'est jamais complètement cicatrisée et la malade a refusé obstiné-

ment la petite greffe dermo-épidermique qui en eût procuré la guérison. Elle a quitté l'hôpital brusquement aussitôt la plaie inguinale refermée.

Elle nous revient aujourd'hui, parce que la récidive est survenue. Certes, l'état général est florissant, et il n'y a encore aucun indice de formation de noyaux viscéraux, ou à grande distance. Mais tout le long de la cuisse on voit des masses mélaniques enchâssées dans l'épaisseur de la peau, leur multiplicité et leur diffusion me paraissent contre-indiquer toute tentative nouvelle.

L'examen des pièces a été pratiqué par M. Menetrier. Il est un peu délicat de classer les tumeurs mélaniques; dans le cas particulier, M. Menetrier croit pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un *épithélioma* mélanique.

La partie intéressante de cette observation, c'est assurément la facilité avec laquelle chez un sujet jeune, il est vrai, la circulation s'est rétablie après la résection des vaisseaux iliaques externes, malgré le sacrifice concomitant de l'épigastrique, de la circonflexe iliaque et de plusieurs branches de la fémorale.

Pseudo-kyste hématique de l'arrière-cavité des épiploons.

M. Walther. — J'ai opéré, le 16 juin 1909, à la Pitié, l'homme que je vous présente.

Il était entré le 31 mai pour une très volumineuse tumeur qui occupait presque toute la moitié gauche de l'abdomen.

Deux mois environ auparavant, le 11 avril, il avait été renversé de bicyclette par un timon de voiture qui l'avait frappé au côté gauche du thorax, fracturant la 6e côte.

A la suite de cet accident, mon ami, le Dr Pignol, qui le soignait, avait constaté les signes d'un épanchement pleural qui diminua lentement et existait encore à l'entrée à l'hôpital.

C'est à la fin du mois de mai que fut constatée l'existence d'une tumeur abdominale qui n'avait jusque-là provoqué aucune douleur, aucune gêne. M. Pignol m'adressa alors le malade à la Pitié.

La tumeur, très volumineuse, formait une saillie ovoïde dont le pôle inférieur bombait au-dessus de l'arcade crurale et dont la masse emplissait l'hypocondre gauche, s'enfonçant sous le thorax, la moitié gauche de la région ombilicale, la fosse iliaque et la partie supérieure de l'hypogastre.

Après quelques examens, nous pûmes nous assurer que le côlon

descendant passait en avant de la tumeur; il s'y révélait, à certains jours, sous forme d'une bande sonore.

Le diagnostic était assez obscur. Nous pensions plutôt à un kyste hydatique qu'à un sarcome ; l'épreuve de la fixation du complément, faite par M. Weinberg, donna un résultat douteux. Il y avait une réaction, mais pas très nette.

D'autre part, la rapidité de développement de la tumeur, la notion très précise d'un traumatisme antérieur nous portaient à penser à un hématome rétro-colique.

Une ponction faite dans la plèvre avait donné un liquide hématique.

L'opération, faite le 16 juin, nous montra qu'il s'agissait bien d'une collection sanguine siégeant dans l'arrière-cavité des épiploons.

A la surface de la poche étaient intimement soudés l'estomac en haut, le côlon plus bas. Entre l'estomac et le côlon, je fis une ponction, puis l'ouverture large qui donna issue à quatre litres de liquide brunâtre hématique. La poche fut drainée et se combla très rapidement ; le drain fut enlevé le 5 juillet.

La guérison est complète; depuis deux ans, le malade n'a ressenti aucun trouble, aucun malaise. Vous voyez que l'abdomen est souple, la paroi très solide.

L'ayant revu ces jours derniers à la Pitié, j'ai pensé qu'il pourrait y avoir intérêt à vous le présenter.

Il s'agit bien ici d'un de ces faits, qui ne sont pas très communs, d'épanchement séro-sanguin dans l'arrière-cavité des épiploons. La tumeur, comme cela semble être la règle, s'est révélée un certain temps, six semaines environ après le traumatisme. Elle était très volumineuse.

Il m'a été impossible, à l'exploration de la poche, de retrouver le point de départ de l'hémorragie. J'ai pu sentir très nettement le pancréas, qui paraissait normal, sans trace de rupture. La partie supérieure de la poche s'enfonçait sous le thorax, entre l'estomac et le diaphragme, et peut-être la lésion traumatique avait-elle existé dans cette région haute, étant donné le siège du choc, la fracture de la 6e côte et l'épanchement hématique de la plèvre.

Je ne veux ici que vous présenter ce malade ; l'observation complète sera publiée dans la thèse que prépare, sur ce sujet, mon ancien interne M. Lévêque.

Désarticulation temporaire du pied.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille de vingt-sept ans chez qui j'ai pratiqué deux fois la désarticulation temporaire de la même articulation médio-tarsienne. L'état actuel de son pied montre ce que l'on peut obtenir par la méthode des désarticulations temporaires dont je vous ai déjà entretenu.

Dans les tuberculoses tarsiennes et tarso-métatarsiennes, les lésions les plus apparentes, celles de la face dorsale, ne sont pas d'ordinaire les plus accentuées. Les fongosités s'étendent davantage du côté plantaire. Aussi les opérations atypiques, évidements, curettages, qui ne mettent pas à jour la face inférieure des os et ne permettent d'agir du côté de la plante que d'une façon aveugle et insuffisante, ne donnent-elles que des résultats médiocres.

Les désarticulations temporaires — qui peuvent porter sur toutes les articulations du pied — donnent un jour très large sur la plante, car on désarticule complètement. On fait sur la face dorsale les incisions classiques des diverses désarticulations, avec cette seule modification qu'on les fait passer juste sur les interlignes articulaires, sans se préoccuper de garder un petit lambeau dorsal. Suivant les cas, on respecte ou on sectionne les tendons, puis on désarticule complètement. Pour faire une désarticulation définitive, il ne resterait plus qu'à tailler d'un coup de couteau le lambeau plantaire. On peut alors, facilement, au grand jour, non seulement réséquer tous les os malades, mais poursuivre et disséquer les fongosités de la face plantaire, et il faut les poursuivre particulièrement dans la gaine du long péronier, qui est très souvent envahie dans les tuberculoses tarso-métatarsiennes.

Sur cette jeune fille, j'ai fait, en décembre 1908, une première désarticulation médio-tarsienne; j'ai enlevé le scaphoïde et la partie postérieure des trois cunéiformes. J'ai obtenu une réunion par première intention, mais l'articulation calcanéo-cuboïdienne s'est prise ultérieurement. En novembre 1909, j'ai fait une seconde désarticulation en coupant les tendons. J'ai enlevé le cuboïde et la partie antérieure du calcanéum; j'ai disséqué soigneusement les fongosités qui envahissaient la gaine du long péronier. La réunion a été encore obtenue par première intention sans drainage.

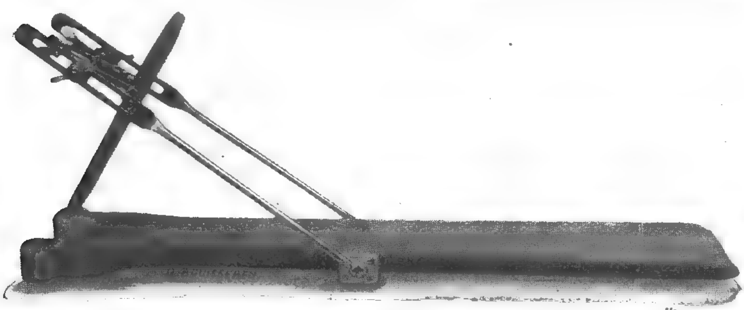
Vous pouvez voir aujourd'hui, dix-sept mois après la seconde intervention, que le pied ne présente pas de déformation apparente. L'empreinte plantaire montre seulement qu'il est un peu

plus plat que celui du côté opposé. Il est à la fois souple et solide. La jeune fille marche parfaitement, sans la moindre claudication et sans éprouver ni douleur ni fatigue anormale.

Présentation d'instrument.

Nouveau modèle d'attelles.

M. Ombrédanne. — J'ai la conviction absolue que la gravité universellement admise des interventions portant sur les os ou les articulations, que les accidents parfois observés à la suite de ces opérations ont pour cause presque exclusive l'application immédiate d'appareils plâtrés insuffisamment isolés de la plaie



opératoire. L'eau de la bouillie plâtrée, toujours septique, imbibe les pièces de pansement et inocule la plaie. L'infection est d'autant plus fréquente que l'on s'efforce, en général, de donner au pansement un volume restreint, pour ne pas gêner l'exacte adaptation de l'appareil. Aussi, dans le traitement opératoire des pieds bots en particulier, comme dans toute la chirurgie osseuse en général, me suis-je imposé comme ligne de conduite de ne jamais appliquer d'appareil plâtré immédiatement après l'intervention.

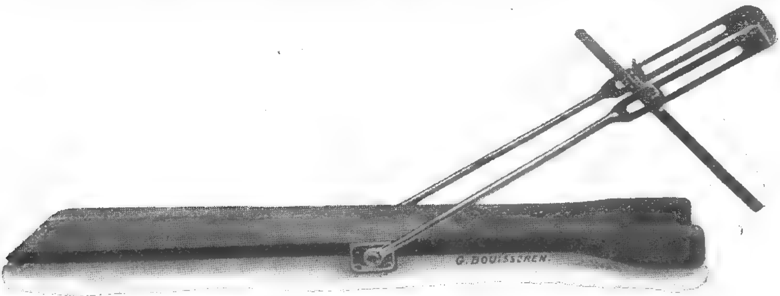
J'ai donc été amené à me servir couramment des attelles du type Beckel, dans le cas particulier dont je m'occupe.

J'ai reconnu bien vite que le mode d'articulation entre la portion jambière et la plaque plantaire était loin de présenter la rigidité suffisante, à cause du siège même de la conjonction qui se trouve située derrière le talon. L'effort de pulsion exercé par la plante du pied déplace trop facilement la plaque plantaire.

J'ai fait exécuter par M. Bouisseren des attelles dans lesquelles la conjonction entre la pièce jambière et la pièce plantaire est

assurée par un étrier métallique passant sous la tête des métatarsiens, ce qui assure une immobilité absolue des deux pièces l'une sur l'autre lorsque les vis sont bloquées.

Le premier modèle, très simple, permet de régler à volonté le degré de flexion ou d'extension du pied sur la jambe.



Le second modèle, un peu plus complexe, permet en même temps d'immobiliser le pied en valgus ou en varus, grâce à la mobilité de la planchette plantaire autour d'un axe antéro-postérieur, cette attitude étant fixée par deux vis spéciales. C'est seulement le dixième jour, alors que la cicatrisation de la plaie est parfaite, que je substitue un appareil plâtré à cet excellent appareil de contention.

Présentations de pièces.

Gros anévrisme de la sous-clavière et de l'axillaire extirpé avec succès sur un sujet porteur en même temps d'un anévrisme volumineux de l'iliaque externe.

M. H. Morestin. — J'ai eu, l'an dernier, l'occasion d'observer un malade qui était porteur en même temps d'un gros anévrisme de la sous-clavière et de l'axillaire et d'un anévrisme volumineux de l'iliaque externe. Je me proposais de traiter l'un et l'autre par l'extirpation, mais le malade, guéri de la première intervention, n'a pas voulu subir l'autre.

J'espérais que le temps changerait sa résolution, mais il a quitté la France et depuis longtemps a cessé de me donner de ses nouvelles. Je renonce donc à attendre davantage pour vous commnniquer ce fait assez intéressant par la réunion sur le même sujet de deux anévrismes peu fréquents et d'un traitement difficile.

Pierre S.., âgé de cinquante-trois ans, ingénieur, est entré le 23 juillet 1910 dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 2.

Il est paludique, ayant séjourné pendant plusieurs années dans des pays à fièvre. En outre, il a contracté autrefois la syphilis et n'a suivi aucun traitement sérieux.

Il y a deux ans que l'attention a été attirée du côté du membre supérieur gauche par des douleurs névralgiques, irradiées jusque dans la main. Peu après, on a constaté l'existence d'une tumeur pulsatile dans le creux sus-claviculaire gauche. Plus récemment, depuis un an à peu près, le malade, après avoir éprouvé quelques douleurs dans la cuisse gauche, a découvert lui-même une autre tumeur pulsatile dans la partie inférieure du ventre. L'examen du sujet nous montre, en effet, qu'il est porteur d'une double lésion; il présente une tumeur très apparente au côté gauche du cou, au-dessus de la clavicule, et, d'autre part, une autre masse facile à percevoir au côté gauche de l'abdomen.

La tumeur cervicale fait une saillie considérable, elle remplit et déborde le creux sus-claviculaire, soulève le sterno-mastoïdien, remonte jusqu'à 6 centimètres et demi au-dessus de la clavicule.

Le creux sous-claviculaire est également effacé, remplacé même par une voussure.

La masse est animée de battements et ses changements de volume sont facilement perceptibles à la vue.

La palpation confirme immédiatement cette impression. La tumeur est pulsatile; ses battements sont isochrones à ceux du cœur. A chaque contraction des ventricules correspond une expansion des plus manifestes au niveau de la tumeur.

En outre, l'auscultation permet de reconnaître avec une extrême facilité un souffle intermittent, rude, râpeux, sur toute l'étendue de la saillie sus-claviculaire, avec maximum au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Il s'agissait donc, assurément, d'un anévrisme artériel, appartenant, sans aucun doute, à la sous-clavière et à l'axillaire.

Il y avait, d'ailleurs, un retard très notable du pouls radial gauche sur le pouls radial droit.

Restait à préciser les limites de l'ectasie. Celle-ci devait porter sur une étendue considérable, car, en dedans, on sentait la tumeur jusque derrière le chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien, et, d'autre part, la palpation du creux de l'aisselle permettait d'atteindre sa partie externe.

Il s'agissait probablement d'un anévrisme fusiforme occupant au moins toute la partie extra-scalénique de la sous-clavière et la partie supérieure de l'axillaire.

Le plexus brachial devait être englobé dans la masse, en tout cas en rapport très intime avec elle, mais cependant le malade pouvait exécuter aisément tous les mouvements du membre supérieur et accusait seulement des signes de névralgie cubitale.

Il n'y avait ni troubles oculo-pupillaires, ni troubles de la respiration, de la phonation ou de la déglutition indiquant quelque compression des organes importants de la base du cou. Rien ne nous renseignait sur la perméabilité ou la compression de la veine sous-clavière, ni œdème, ni stase. Seule la veine jugulaire externe, légèrement dilatée, était plus apparente que du côté opposé.

Ces gros anévrismes coïncidant parfois avec des lésions cardiaques ou aortiques, j'ai dû ausculter le thorax avec un soin tout particulier. Mais il n'y en avait aucun indice d'ectasie aortique ou d'affection du cœur.

Du côté de l'abdomen existait une autre tumeur, un autre anévrisme ; cette tumeur, du volume du poing, pulsatile et soufflante, occupait la fosse iliaque gauche et la partie correspondante de la région hypogastrique. Elle descendait jusqu'à deux travers de doigt du pubis et remontait jusqu'à une ligne passant horizontalement à trois travers de doigt de l'ombilic, et, d'autre part, s'étendait depuis le voisinage du plan médian jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque.

Le pouls de la fémorale gauche était tout petit et en retard sur celui de la fémorale droite. Il n'y avait du côté du membre inférieur gauche aucun trouble de la circulation veineuse. Le malade pouvait continuer à marcher sans fatigue notable. Il souffrait très peu.

En dehors de cette double lésion, l'organisme paraissait sain, résistant, robuste. Il me parut donc raisonnable de les attaquer l'une et l'autre, d'extirper successivement ces deux volumineux anévrismes.

Pour celui de l'iliaque externe, mon plan était tout fait. J'étais décidé à pratiquer la laparotomie médiane dans la position inversée, après avoir écarté les bords de la plaie à l'aide d'une large valve fixe, comme celles dont nous nous servons pour les opérations gynécologiques ; je me proposais d'aborder la tumeur par la voie transpéritonéale : avant de la disséquer, je croyais pouvoir découvrir l'iliaque primitive et la soulever sur un fil ou un ruban, pour suspendre le courant circulatoire ; mais je jugeai préférable de commencer par l'autre anévrisme, qui préoccupait davantage le malade.

L'opération eut lieu le 25 juillet 1910.

Je traçai une grande incision horizontale le long de la clavicule depuis la ligne médiane jusqu'au voisinage de l'acromion. De

cette incision, j'en fis partir deux autres, l'une ascendante remontant le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde, l'autre se portant obliquement en bas et en dehors dans le sillon delto-pectoral. La clavicule, remontée, soulevée par la tumeur, qui semblait lui être incorporée, fut mise à nu, isolée à la rugine et réséquée dans ses deux tiers internes. Je libérai et rejetai en haut le sterno-cléido-mastoïdien après section de son chef sternal. Je sectionnai aussitôt le muscle sous-clavier, l'omo-hyoïdien, la veine jugulaire externe, et commençai à préparer à circonscrire graduellement la poche pulsatile. J'arrivai bientôt au contact du scalène antérieur que je disséquai ainsi que le nerf phrénique, lequel, chez ce sujet, recevait de la 5e cervicale son principal rameau d'origine qui contournait la partie supérieure de l'anévrisme.

La tumeur s'enfonçait entre les scalènes, et je dus renoncer à lier l'artère en dehors ou au niveau de ces muscles. Il me fallait chercher l'artère en dedans. La veine sous-clavière était incorporée à la paroi anévrismale. Je me décidai à la sacrifier. Après avoir sectionné les muscles sous-hyoïdiens du côté gauche, je disséquai le confluent de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière, pour isoler et lier la terminaison de celle-ci.

Repoussant alors en dedans la terminaison de la jugulaire et l'origine du tronc veineux brachio-céphalique, je pus pénétrer sûrement dans la profondeur de la région, atteindre le tronc de la sous-clavière et y placer un fil en dedans des scalènes. Chemin faisant, j'avais lié l'artère sus-scapulaire.

Je pus alors poursuivre avec plus de tranquillité, mais non sans peine encore, l'ablation de la poche affaissée et réduite. La suppression de la veine sous-clavière, sectionnée maintenant à sa partie externe, la rendait aisément abordable en avant et en bas. Je la séparai des premières côtes, des parties molles de l'espace intercostal, des scalènes. Le plus difficile fut de disséquer le plexus brachial, dont les troncs d'origine, les branches collatérales et terminales avaient contracté avec la paroi anévrismale les rapports les plus étroits. Cette dissection fut poursuivie de haut en bas dans l'aisselle.

Je dus lier la veine céphalique, le tronc commun des veines circonflexes, débrider l'aponévrose clavi-coraco-axillaire. La dissection de la partie axillaire de l'anévrisme fut encore assez délicate, toujours à cause de ses rapports avec les branches du plexus brachial.

L'artère axillaire fut liée juste au-dessus de l'émission de la scapulaire inférieure.

La poche formait une sorte de bissac, la partie étranglée répon-

dant au passage sous la clavicule. Cette poche extirpée, on apercevait dans la plaie les scalènes, le plexus brachial disséqué comme pour une préparation, le phrénique, le pneumo-gastrique, la jugulaire externe, et l'on pouvait deviner le dôme pleural à travers l'espace interscalénique élargi. Je rapprochai de mon mieux les muscles sectionnés, et procédai enfin à la réunion des plans superficiels.

L'opération bien supportée d'ailleurs avait duré près de deux heures. Le pouls radial gauche avait cessé d'être perceptible immédiatement après la ligature intra-scalénique. Le membre paraissait violacé, et sa température s'était rapidement abaissée.

Les suites furent très bonnes. Dès le lendemain, j'étais rassuré sur la vitalité du membre. La plaie se réunit par première intention. Il n'y eut aucun incident et l'opéré guérit si rapidement que le quinzième jour il voulut quitter l'hôpital.

Trois mois après, il m'écrivait de Tunis pour me dire qu'il allait fort bien, qu'il ne souffrait pas, qu'il se servait convenablement du membre opéré, et m'exprimait encore son désir d'ajourner toute intervention concernant son anévrisme de l'iliaque externe. Depuis, je ne sais ce qu'il est devenu.

L'essentiel, pour mener à bien l'extirpation de ces dangereux anévrismes, me paraît être de se donner beaucoup de jour et de disséquer très méthodiquement. Quand il s'agit d'anévrismes volumineux et étendus, comme dans ce cas, la suppression de la clavicule, la section du sous-clavier s'imposent dès le début. Il ne faut pas hésiter non plus à couper le sterno-mastoïdien, ni à sacrifier la veine sous-clavière, quand elle est adhérente. La suppression de ce tronc veineux n'entraîne aucune fâcheuse conséquence et facilite beaucoup l'opération. Notamment la recherche de la sous-clavière en dedans des scalènes, quand on est obligé d'y avoir recours, comme dans le cas de mon malade, en est rendue plus aisée et sûre.

M. Guinard. — Je profite de cette remarquable opération pour vous communiquer un fait personnel qui peut rendre les plus grands services quand un malade refuse obstinément toute opération, comme pour l'anévrisme iliaque dont parle M. Morestin.

J'ai soigné avec mon ami le D[r] Martinet une malade qui avait un volumineux anévrisme de la sous-clavière. Vous savez que je n'ai pas peur des ligatures des grosses artères. Mais la malade s'obstina invinciblement à refuser toute opération. Je fis pratiquer à huit jours d'intervalle une injection, dans la fesse, de sérum gélatiné (0,80 centimètres cubes et 120 centimètres cubes). Après ces deux injections, tout battement et tout souffle avait disparu et

la tumeur n'est plus qu'une masse indolente d'une dureté pierreuse. Je prends simplement date aujourd'hui, car je ferai ultérieurement une communication ici même sur cette observation.

Subluxation et fracture du scaphoïde tarsien.

M. Baudet présente un scaphoïde tarsien subluxé en haut sur l'astragale et brisé en trois fragments. Extirpation du scaphoïde et arthrodèse astragalo-cunéenne. M. Baudet lit une note sur ce sujet.

Le travail de M. Baudet est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Lucien Picqué est nommé rapporteur.

Élection

D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Nombre de votants 38
Majorité absolue 20

Ont obtenu :

MM. Robineau . . . . 22 voix.
Cunéo. . . . . 3 —
Baudet . . . . 1 —
Bulletins blancs 12

M. le Président. — M. Robineau, ayant obtenu la majorité absolue, est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 24 MAI 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. ROBINEAU, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire de la Société.

3°. — Une lettre de MM. LEGUEU et RICHE, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — *Deux cas de plaies pénétrantes de poitrine traitées par la thoracotomie*, par M. J. TANTON (du Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société (Voir p. 706).

5°. — *Sur un cas d'absence complète de l'utérus*, par M. KALLIONZIS (d'Athènes), membre correspondant de la Société (Voir p. 710).

6°. — *Plaie pénétrante du poumon. Hémopneumothorax. État alarmant, guérison sans opération. Élimination spontanée du projectile*, par M. Thésée PAPADOPOULO (de Constantinople).

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT. — J'invite M. ROBINEAU, élu membre titulaire dans la dernière séance, à prendre place parmi ses collègues et à signer la feuille de présence.

A propos de la correspondance.

Deux cas de plaies pénétrantes de poitrine traitées par la thoracotomie,

par M. J. TANTON (du-Val-de-Grâce).

Je voudrais verser aux débats deux observations de thoracotomie pratiquées pour des plaies pénétrantes de poitrine, par coup de couteau siégeant toutes deux dans l'hémithorax gauche, s'accompagnant, la première, de section de l'artère mammaire interne et de plaie du poumon, la deuxième d'une section isolée de la mammaire interne.

Voici les observations de ces deux malades :

Le 26 août 1906, un jeune homme de vingt et un ans était amené par les soins de la police, à l'hôpital militaire du Dey, pour une plaie de poitrine par coup de couteau, reçue environ une heure auparavant au cours d'une rixe. L'arme qui l'avait frappé était un énorme couteau de boulanger. Je vis le malade dix minutes après son entrée à l'hôpital ; il présentait au niveau de la partie supérieure et antérieure de l'hémithorax gauche, une plaie de 6 centimètres de long sur 1 à 2 de large, commençant à environ 1 cent. 1/2 du bord gauche du sternum et obliquement dirigée en bas et en dehors. Cette plaie avait sectionné en totalité les cartilages des 2e et 3e côtes et ouvert la plèvre. A chaque mouvement d'aspiration, il s'en échappait un jet d'air et de sang, ce dernier projeté à distance en véritable gerbe par toute la largeur de la plaie thoracique.

L'hémorragie externe avait été considérable, le pansement provisoire qui recouvrait la plaie était inondé de sang. L'état du malade était sérieux; il pouvait encore répondre aux questions posées, mais la respiration était rapide, le pouls faible à 110. La percussion, faite tant bien que mal après avoir roulé le malade sur le côté droit, donnait de la matité dans les deux tiers inférieurs de la hauteur du poumon gauche. Les bruits du cœur étaient normaux mais affaiblis.

Le diagnostic était facile à poser : plaie pénétrante de la plèvre gauche avec hémopneumothorax et section de l'artère mammaire interne gauche ; le cœur paraissait intact, mais le péricarde pouvait être lésé ainsi que le poumon.

Devant la gravité de l'hémorragie, nous intervenons immédiatement. Nous pratiquons d'abord l'ablation du petit fragment interne des 2e et 3e cartilages costaux sectionnés et, dans cette brèche, lions les deux bouts de la mammaire dont le supérieur seul saigne encore.

Au cours de cette intervention et par la brèche pleurale faite par l'arme, nous constatons que le poumon gauche présente, sur la face

antérieure de son lobe supérieur, une plaie en T de 4 centimètres sur 3 centimètres environ, plaie qui ne saignait plus.

Un large volet thoracique à charnière externe et comprenant les 2e et 3e côtes est alors taillé, rabattu en dehors après décollement de la plèvre de sa face profonde. Agrandissant la brèche pleurale, nous amenons à l'extérieur, avec une pince à cadre, la partie du poumon intéressée et la suturons par un surjet au catgut.

La toilette de la plèvre est alors pratiquée, bien que le poumon soit rétracté; l'hémothorax est *énorme* et nous enlevons les caillots à pleines mains. L'hémostase achevée, le péricarde vérifié et trouvé sain, la brèche pleurale est suturée, le volet thoracique rabattu et suturé également, sans drainage. Le malade ayant perdu une quantité de sang qui peut être évaluée à 2 litres 1/2 environ, une injection intraveineuse de sérum est faite immédiatement.

Le pouls se relève peu à peu, l'état général s'améliore, mais, au bout de quarante-huit heures, la température s'élève, traduisant l'infection. Le troisième jour, une ponction aspiratrice de la plèvre gauche reste blanche; le quatrième jour, même tentative avec un très gros trocart et résultat également négatif. Immédiatement nous pratiquons, à la partie postérieure de l'hémithorax gauche, une pleurotomie avec résection costale partielle, mais rien ne s'écoule et, avec le doigt d'abord, puis avec un instrument mousse (Béniqué en étain redressé), nous sommes obligés de décoller de bas en haut des adhérences pleurales pour faire la place des drains. A un certain moment il s'écoule un peu de pus, deux gros drains sont alors placés en arrière dans cette cheminée postérieure; en même temps, faisant sauter quelques points de suture, nous plaçons un autre gros drain à l'angle inféro-interne du volet thoracique antérieur. Malgré le drainage, l'infection s'aggrave, l'état général s'affaiblit, la température s'élève de plus en plus et le malade meurt le huitième jour après l'intervention.

A l'autopsie, nous trouvons un poumon gauche peu rétracté, le lobe inférieur de ce poumon très adhérent au diaphragme et à la partie postérieure du thorax. Ce sont ces adhérences pleurales anciennes, et qui existent d'ailleurs aussi étendues et aussi solides sur le poumon droit, qui ont fait que les ponctions aspiratrices sont restées blanches, et ce sont elles que nous avons décollées au doigt pour faire le passage des drains.

Le drainage s'est trouvé d'ailleurs insuffisant, car il persistait une poche contenant une centaine de grammes de liquide purulent, limitée en avant par la paroi thoracique, en arrière par le lobe supérieur du poumon gauche, en bas par le péricarde. Les drains postérieurs arrivaient dans la cavité pleurale au-dessus du fond de cette poche, ce qui explique la rétention purulente et la continuation des phénomènes infectieux qui ont amené la mort de ce malade.

Le péricarde est intact, il contient un léger épanchement séro-citrin agonique. Le cœur, un peu gras, est en diastole; le myocarde est mou, de couleur un peu sombre et se laisse facilement entamer par l'ongle.

La gravité des phénomènes cliniques tenait donc dans ce cas à l'*abondance* de l'hémothorax dont la source était la section de l'artère mammaire interne et la plaie pulmonaire.

Le deuxième cas que nous rapportons est à peu près semblable, à cela près de l'absence de toute plaie pulmonaire et de la moindre importance de l'hémothorax.

Le 16 juillet 1909, à midi 1/2, j'étais appelé pour voir un jeune soldat qui s'était donné deux coups de couteau dans la poitrine.

Les plaies, faites avec un couteau de cuisine, se trouvaient, l'une un peu en avant et au-dessous du mamelon gauche, dans le 5e espace intercostal, l'autre dans le même espace intercostal, mais à un travers de doigt du bord gauche du sternum. Leur dimension transversale était d'environ 1 centimètre pour chacune d'elles.

L'état du malade paraissait très grave, le facies pâle, les extrémités froides, la respiration superficielle et très lente; le pouls, perceptible seulement à la fémorale ou à la carotide, très faible, battait à 130; cependant le malade n'était pas en syncope et put dire deux ou trois mots. Les vêtements souillés de sang témoignaient d'une hémorragie externe abondante. Cette hémorragie, quand nous vîmes le malade, semblait à peu près arrêtée et on n'entendait pas d'aspiration de l'air dans la cavité pleurale par les plaies de la paroi thoracique.

La percussion de l'hémithorax gauche révélait du tympanisme dans le tiers supérieur de la hauteur du poumon et de la matité à la base; le murmure vésiculaire n'était pas perçu. Les bruits du cœur s'entendaient à peine; il n'existait pas de bruits anormaux. Il était facile de conclure à l'existence d'une plaie pénétrante ayant intéressé la plèvre gauche, sectionné la mammaire interne et s'accompagnant d'hémopneumothorax; mais l'affaiblissement des bruits normaux du cœur et la situation de la plaie la plus externe faisant craindre l'existence d'une plaie concomitante du cœur avec hémopéricarde, une intervention fut immédiatement décidée.

Sous anesthésie chloroformique légère, je taille un volet thoracique, à charnière externe, comprenant les 4e, 5e et 6e côtes, que je rabats en dehors, mais la plèvre est déchirée pendant son décollement. On aperçoit alors la mammaire interne sectionnée et saignant; ses deux extrémités sont pincées et liées.

L'épanchement sanguin intrapleural est d'abondance moyenne; la toilette de la plèvre rapidement faite, j'explore le péricarde, qui ne montre aucune lésion, les battements du cœur reprennent d'ailleurs peu à peu leur vigueur. La plaie sous-mammaire n'a pas dépassé le plan costal.

L'hémostase terminée, le volet thoracique est rabattu et suturé partout, sauf à son angle inféro-externe, où une sonde de Nélaton pénètre dans la cavité pleurale. Deux crins sont placés de chaque côté de cette sonde, l'aspiration de l'air intrapleural est faite au moyen d'une grosse seringue, puis la sonde enlevée et les deux crins serrés

au même moment; la cavité pleurale se trouve complètement fermée et vidée de l'air qu'elle contient.

Les suites de l'intervention furent normales; le surlendemain de l'opération une ponction aspiratrice faite dans la plèvre gauche permit de retirer environ 100 grammes de liquide hématique, puis, peu à peu, la respiration reparut dans toute la hauteur du poumon gauche. La guérison devint bientôt complète et j'eus l'honneur de vous présenter ce malade.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une section de la mammaire interne avec ouverture de la plèvre et hémopneumothorax, ayant créé un cortège symptomatique assez grave pour que, en raison de l'existence d'une plaie pénétrante située dans l'aire cardiaque, on pût penser à la possibilité d'une plaie du cœur.

Dans ces deux cas, notre intervention a eu pour but l'hémostase de la mammaire, du poumon et l'évacuation de l'hémothorax.

Dans le premier cas, nous avons la conviction que l'hémorragie eût été rapidement mortelle, et c'est son importance et sa gravité qui nous firent intervenir; dans le second, la situation de la plaie, l'affaiblissement considérable des bruits du cœur nous faisaient supposer une plaie du cœur. Ce furent les symptômes fonctionnels qui brusquèrent notre intervention, et la thoracotomie fut pratiquée, plus dans un but d'exploration de la région cardio-pulmonaire, que pour l'hémostase de la mammaire interne.

Au contraire, dans un troisième cas où il s'agissait d'une plaie du poumon par balle de revolver de petit calibre, l'orifice d'entrée siégeant à la partie inféro-externe de l'hémithorax droit, bien qu'il se produisît un hémothorax considérable qui dépassa l'épine de l'omoplate, mais sans pneumothorax concomitant, nous n'intervînmes pas et le malade guérit parfaitement.

Ainsi, aux indications posées par M. Delorme, tirées des signes physiques d'épanchement considérable et très rapide, à celles que M. Lejars pose à la suite de son cas et qui consistent dans l'aggravation continue des symptômes fonctionnels et en particulier l'affaiblissement progressif du pouls et l'augmentation de la dyspnée, j'insisterai sur la coexistence d'un pneumothorax et la libre et large communication de la cavité pleurale avec l'extérieur. Il y a là un double danger : danger immédiat tenant à l'abondance de l'hémorragie, car l'hémostase spontanée ne se fait pas, et une plaie, même superficielle du poumon, située loin du hile et des gros troncs vasculaires-pulmonaires, peut être assez rapidement mortelle ; un danger plus tardif, mais tout aussi grave, dans l'infection, dangers auxquels seule une intervention immédiate peu parer.

Sur un cas d'absence complète de l'utérus,

par M. le Dr KALLIONZIS (d'Athènes),
Membre correspondant.

D'après les classiques modernes, l'absence complète de l'utérus est excessivement rare et se complique de malformations concomitantes, graves et complexes.

Sous ce double titre, l'observation suivante, que j'ai l'honneur de vous communiquer, vaut la peine d'être relatée, d'autant plus que l'absence complète de l'utérus a été constatée *de visu* par laparotomie, et ne se compliquait pas de malformations graves et complexes autres que de l'absence congénitale du vagin.

Il s'agit de la femme B... L..., âgée de 30 ans, de Lacédémonie (Péloponèse), qui est entrée au mois de mars de cette année (1911) dans ma clinique universitaire de l'hôpital Aretaios, salle de l'Université, lit n° 7, en se plaignant qu'il y a quelque chose d'anormal à sa vulve.

Son état général est excellent, elle n'a jamais souffert d'aucune maladie, excepté de quelques accès de fièvre palustre de temps à autre; elle est haute de taille et très robuste, de dimensions même athlétiques; jamais elle n'a été réglée; mariée depuis neuf ans, elle n'a pas pu accomplir ses devoirs conjugaux, malgré tous les efforts de son mari qui, de guerre lasse, se décide à la conduire à Athènes, et sous ces conditions elle est entrée dans ma clinique. Rien à noter de tous ses systèmes organiques; urines normales; pas de troubles généraux d'aucune espèce; l'examen de sa vulve — la malade étant mise en position périnéale — a montré les grandes et petites lèvres très bien constituées; pas de clitoris; méat de l'urètre normal; à cause des efforts répétés depuis des années par son mari pour accomplir le coït, il s'est formé entre les petites lèvres un infundibulum conique tapissé par la peau, se dirigeant vers le vagin qui n'existe pas; par l'examen et la palpation bi-manuelle (hypogastrique avec l'introduction de l'index droit dans le rectum) on ne sent ni col ni corps de l'utérus même rudimentaire; l'introduction d'un cathéter métallique par l'urètre dans la vessie et l'introduction simultanée de l'index droit dans le rectum fait sentir le cathéter immédiatement au-dessus de la paroi antérieure du rectum et on sent que la vessie et le rectum se touchent.

La femme étant bien chloroformisée, je procède à la création d'un vagin artificiel par une incision transversale d'une petite lèvre à l'autre, ayant comme guide le cathéter métallique dans l'urètre et mon index gauche bien ganté dans le rectum; une fois l'incision faite, je cherche avec l'index droit à agrandir la plaie en largeur et en profondeur en exécutant de véritables mouvements de taraudage, en cheminant avec beaucoup de précautions constamment entre la vessie et le rectum

ayant comme moyens de repère la sonde métallique dans l'urètre et mon index gauche dans le rectum; j'avance ainsi vers la profondeur de 7 à 8 centimètres dans l'espoir de sentir quelque chose d'utérin; mais rien absolument; dans ces conditions j'ai tapissé de mon mieux le nouveau vagin par deux lambeaux antérieur et postérieur (incision en H) empruntés à la peau vulvaire attirés par glissement dans le vagin, et j'ai bourré le vagin de mèches de gaze aseptique. Séance tenante, je renverse la malade en position inclinée de Trendelenbourg et j'exécute immédiatement devant les élèves une laparatomie médiane verticale sous-ombilicale pour constater *de visu* s'il y a ou non utérus; une fois le ventre largement ouvert, je constate l'absence de l'utérus; je trouve deux ovaires bien développés, dont l'un polycystiquement dégénéré et augmenté de volume, et je procède à son ablation; l'autre était, apparemment au moins, bien normal, et je l'ai laissé en place; les deux ovaires s'unissaient entre eux par une corde comme les ligaments ronds, sans trace intermédiaire d'utérus même rudimentaire; suture à étage de la paroi abdominale; suites normales; réunion *per primam*; guérison; le bourrage du vagin se faisait régulièrement, les deux lambeaux tenaient bien, et le quinzième jour après l'opération, la malade en question sortait de la clinique; elle peut se livrer au coït, en conservant un vagin assez profond.

M. le professeur Pierre Delbet, de passage à Athènes (vacances de Pâques 1911), nous a fait l'honneur de visiter l'hôpital universitaire Aretaios, et je lui ai présenté l'opérée en question la veille de sa sortie de ma clinique.

Je ne sais quel sera le résultat éloigné de ce vagin artificiel, la malade étant partie dans son pays natal; mais il ne s'agit pas tant de cela que de l'absence complète de l'utérus bien constaté *de visu* et qui — sauf l'absence complète du vagin — ne se compliquait pas de malformations concomitantes graves et complexes ni de troubles généraux, et c'est pourquoi je tenais à vous la communiquer.

A l'occasion du procès-verbal.

Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et la jeune fille.

M. Bazy. — Voici la note que m'a remise le Dr Dominici, au sujet de la tumeur ovarienne enlevée à une jeune fille de treize ans, dont j'ai donné l'observation à la dernière séance :

« La tumeur était formée par un assemblage de cellules libres, situées dans un tissu conjonctif réticulé à mailles étroites à travées épaisses. Les cellules néoplasiques volumineuses, arrondies,

se composaient d'un large noyau entouré d'une mince enveloppe de protoplasma à la façon des cellules embryonnaires ou indifférenciées. Il était impossible de savoir si ces éléments étaient de nature lymphoïde ou ovulaire et conséquemment de déterminer le genre de la tumeur qui eût été classée dans les lymphadénomes dans le premier cas, dans les carcinomes à petites loges dans le deuxième cas.

« MM. Malassez et Darier, consultés sur ce sujet, ont déclaré de leur côté que l'origine du néoplasme était problématique dans les conditions d'examen réalisables. D'autre part, la tumeur présentait des caractères de malignité manifestes dont les tendances semblaient devoir être neutralisées par l'intervention chirurgicale en raison du siège intraovarien sous-capsulaire des cellules néoplasiques. »

Sur les fractures obliques de jambe.

M. Demoulin. — Dans la séance du 5 avril 1911, mon maître, le professeur Quénu, a fait en son nom et en celui de M. Mathieu, une communication sur les modifications qu'ils ont apportées à l'appareil de Lambret (de Lille), pour le traitement des fractures obliques de jambe, avec grand déplacement. C'est Broca qui nous a présenté l'appareil de Lambret, dans la séance du 20 juillet 1910, et cet appareil ne semble pas, dit M. Quénu, avoir suscité un grand enthousiasme parmi nous, et même chez le rapporteur.

La discussion qui s'est engagée à propos de la communication de M. Quénu n'a, pour ainsi dire, pas porté sur le principe de l'appareil de Lambret, qui est d'assurer la coaptation des fragments, sans toucher au foyer de la fracture, à l'aide de broches placées au-dessus et au-dessous de ce foyer, et éloignées l'une de l'autre par des crémaillères qui peuvent s'allonger.

Ce que nous avons entendu, ce sont surtout des critiques adressées à la suture des fragments osseux, dans les fractures fermées, lorsque la coaptation n'a pu être obtenue dans des conditions satisfaisantes par les moyens habituels.

Depuis dix ans bientôt que j'exerce les fonctions d'expert près les Tribunaux, j'ai eu à me prononcer sur de nombreuses invalidités, résultant de la consolidation vicieuse de fractures de jambe obliques ou en V, ouvertes ou fermées, siégeant au tiers inférieur ; j'ai, dans mon service de la Charité, fait tous mes efforts pour traiter convenablement les cas qui m'ont été soumis, et voici le résultat de mon expérience :

A de très rares exceptions près, la coaptation des fractures obliques du tibia est toujours imparfaite par les procédés habituels (extension par les aides sous le chloroforme); quoi qu'on fasse, un raccourcissement persiste; s'il n'est que de 2 et même de 3 centimètres, il ne gêne que très peu la marche (surtout chez les sujets jeunes), quand le fragment inférieur du tibia est resté dans l'axe du fragment supérieur, ou plus exactement, quand les deux fragments sont restés dans le parallélisme, et cela, alors même que l'extrémité inférieure du fragment supérieur fait une saillie assez prononcée sur la face interne de la jambe.

Nous sommes tous d'accord, je crois, sur ces deux points.

Les résultats dont je viens de parler sont ceux que l'on obtient, en général, avec les appareils plâtrés ordinaires; on peut les améliorer sensiblement, au point de vue du raccourcissement, par l'appareil à extension continue de notre regretté collègue M. Hennequin, qui m'a fait, pendant dix ans, l'honneur de m'assister de ses conseils. Toutefois, je suis le premier à reconnaître que cet appareil est d'une application difficile, délicate, et qu'il n'est pas toujours (il ne l'était pas même entre les mains de son inventeur) exempt d'inconvénients assez sérieux, tels que petites escarres sur la face dorsale du pied et au niveau de la partie inférieure du tendon d'Achille, léger degré d'équinisme (que le massage fait disparaître) à la levée de l'appareil.

J'ai toujours observé, et j'ose à peine le dire, tant le fait est banal, soit chez mes malades d'hôpital, soit chez les accidentés du travail, que les fractures ouvertes, même à peine infectées, ne se consolident qu'avec plus de lenteur que les fractures fermées, et qu'il en est de même de ces dernières quand elles ont été ouvertes pour la suture ou la ligature des fragments, l'opération n'ayant été suivie d'aucune complication septique.

Dans les fractures fermées qui ont été suturées ou ligaturées par le chirurgien, que les fils, les plaques ou les agrafes aient été retirés ou non, mais surtout s'ils n'ont pas été retirés, j'ai constaté que le cal est toujours plus lent à se former que dans les fractures fermées, qu'il est plus volumineux que dans ces dernières, et, surtout, qu'il reste pendant très longtemps sensible à la pression et pendant la marche et la station debout.

La suture des fragments n'empêche pas toujours les déviations secondaires, même au cas où les fils, plaques ou agrafes sont restés en place; ils se mobilisent par ostéite raréfiante et ne remplissent plus suffisamment leur office. J'ai vu avec Delbet (en mars dernier), et il a rappelé ce fait ici, un cas de fracture de l'humérus droit, suturée par la méthode de Lambotte et dans lequel il y avait cependant une déviation angulaire des frag-

ments ; il y a quelques jours, j'ai, au cours d'une expertise, constaté une déviation angulaire prononcée, à sommet antérieur, du tibia gauche consécutive à l'application d'agrafes restées en place. Le cal tibial, six mois après l'intervention non suivie de suppuration, était volumineux, sensible, douloureux.

Je ne suis pas du tout l'ennemi de la suture des os, je la pratique constamment pour la fracture de la rotule, parfois pour des fractures de l'avant-bras dont les fragments comblent l'espace interosseux et ne peuvent être remis en place ; mais j'estime que dans les fractures obliques de jambe fermées, s'accompagnant même d'un très grand déplacement, on peut, par les moyens habituels, obtenir une consolidation satisfaisante au point de vue physiologique, et que la suture ne doit être réservée qu'à des cas exceptionnels.

Je crois qu'il est imprudent, et même dangereux, d'ériger en méthode de traitement, l'ouverture systématique des fractures obliques de jambe, dont la réduction au point de vue anatomique ne peut être exactement obtenue, et que le chirurgien devra s'abstenir d'une intervention sanglante, s'il a la conviction qu'au moment où l'appareil est mis en place, le raccourcissement de la jambe est modéré et les fragments tibiaux dans le parallélisme. La discussion qui vient d'avoir lieu, ici, n'a-t-elle pas montré que l'intervention sur les os, si elle n'est pas faite avec une asepsie complète, absolue, est souvent suivie d'infection, et, chacun sait qu'un os infecté met du temps à guérir.

Au risque de passer pour un chirurgien en retard, je crois devoir dire que je crains tellement l'infection quand j'interviens sur les os, que bien que ganté, je ne les touche qu'avec des instruments stérilisés, et que je préfère à l'asepsie, l'antisepsie ; je lave selon la méthode de notre vénéré collègue M. Lucas-Championnière, le foyer osseux avec une solution phéniquée, mais faible (1/40).

En résumé, la discussion qui s'est engagée à la suite de la communication du professeur Quénu, montre que la plupart d'entre nous sont très réservés pour l'intervention sanglante sur les fractures de jambe fermées, même difficilement réductibles.

L'appareil de Lambret, très avantageusement modifié par MM. Quénu et Mathieu, s'inspire de cette réserve ; l'avenir nous dira si les espérances qu'il permet de concevoir se sont réalisées.

Résultats à longue échéance de l'emploi des agrafes dans la suture des fractures obliques de jambe, par M. le Dr GUILLOT (du Havre).

Rapport par M. WALTHER.

Messieurs, dans ce mémoire qu'il nous a récemment adressé, M. le Dr Guillot donne, comme l'indique le titre, des renseignements sur un opéré revu près de trois ans après un agrafage du tibia, et je vous résume rapidement cette histoire :

C'est un homme de trente-cinq ans, atteint le 13 juillet 1908 d'une fracture oblique de jambe, mal maintenue primitivement par un appareil de Maisonneuve ; M. Guillot l'opère à l'hôpital Pasteur le 27 juillet. Suture à l'aide d'une agrafe de Dujarier. Immobilisation dans un appareil plâtré. Au bout de trente jours, l'appareil est retiré, les fragments ont encore un peu de mobilité. M. Guillot applique son appareil bivalve en plâtre armé.

Le malade reprend son travail le 14 novembre (soit exactement quatre mois après l'accident), sans aucune incapacité permanente, et il continue son travail habituel aux Docks jusqu'au 12 novembre 1910, date à laquelle il se fait une fracture de la malléole externe de la même jambe. C'est cet accident qui le ramène à l'hôpital et permet à M. le Dr Guillot de vérifier l'état des os suturés.

M. Guillot nous a envoyé trois radiographies qui permettent mieux que toute description de se rendre compte de la qualité de la réduction et de la réparation définitive.

La première radiographie, faite deux mois et six jours après l'intervention, montre l'obliquité du trait de la fracture et la bonne coaptation des fragments par l'agrafe. Elle est prise de profil. On n'y voit aucune trace de cal, mais l'os paraît aussi dense au voisinage des pointes de l'agrafe que partout ailleurs. L'épreuve porte la trace du réseau de fils de fer qui forment l'armature de l'appareil de marche (fig. 1).

La seconde radiographie a été faite deux ans et demi plus tard, en janvier 1911. Elle est prise également de profil, mais avec la plaque de l'autre côté du membre. Elle montre une bonne réunion des extrémités osseuses. L'agrafe est restée en place sans trace d'ostéite raréfiante (fig. 2).

La troisième radiographie est prise de face. Ici le cal paraît plus volumineux ; mais surtout il existe une angulation très nette des fragments ; la jambe présente une incurvation à concavité externe. Il est vrai, nous dit M. Guillot, que la radiogra-

phie semble avoir exagéré cette déviation à peine perceptible sur le sujet (fig. 3).

Nous voyons donc que l'agrafage, pas plus que la suture interfragmentaire, ne met à l'abri de l'augulation, comme le faisait très justement remarquer mon ami M. Delbet dans notre dernière

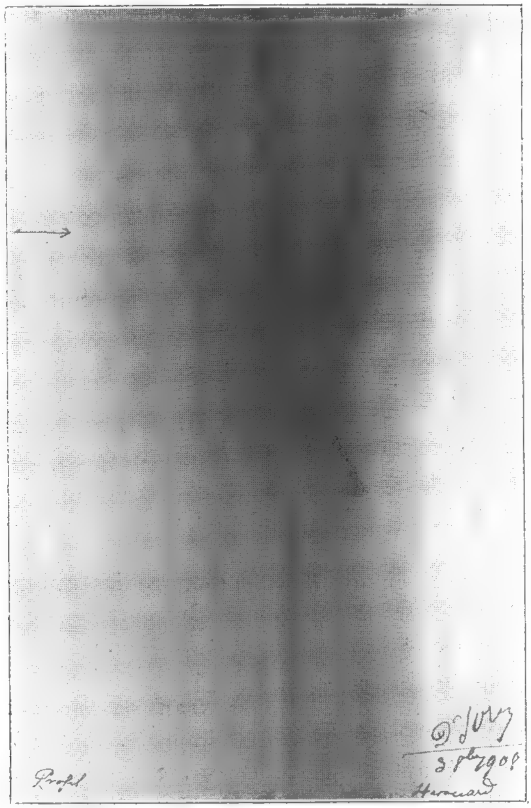


FIG. 1.

séance. Malheureusement nous n'avons pas de radiographie primitive de face et nous ne savons pas si cette déviation est primitive ou secondaire.

Malgré cette légère déformation, le résultat est bon. La consolidation a été lente et tout à fait comparable comme durée à celle qu'on aurait obtenue sans opération. Le malade a guéri sans incapacité et il a pu subir un fort traumatisme du membre sans retentissement dans le foyer de fracture suturé. L'agrafe après

plus de deux ans et demi est bien tolérée et n'a provoqué aucune réaction d'ostéite raréfiante.

M. Guillot ne se borne pas dans son mémoire à l'étude de ce



Fig. 2 et 3.

résultat à longue échéance. Il nous donne la statistique des opérations qu'il a pratiquées depuis 1901 pour des fractures obliques de jambe. Dans ces dix années, il est intervenu seize fois, par trois procédés :

1° Suture proprement dite, au fil d'argent, avec perforation des deux fragments tibiaux, 2 cas;

2° Ligature au fil d'argent, 3 cas;
3° Synostose avec l'agrafe de Dujarier, 11 cas;

Les sutures proprement dites lui ont donné des résultats immédiats peu satisfaisants : le chevauchement s'est reproduit partiellement dans les deux cas et la consolidation osseuse a été par cela même considérablement retardée. Le résultat à longue échéance a été cependant bon dans le seul cas où il ait pu suivre le malade, puisque celui-ci n'a pas eu d'incapacité permanente.



Fig. 4. — Fracture esquilleuse avec plaie.

Premier résultat obtenu après plusieurs tentatives de réduction.

Les trois cas de ligature lui ont donné des résultats immédiats mauvais. La consolidation lui a paru plus lente que par les autres procédés de suture et deux fois il a dû enlever le fil d'argent. Ces résultats sont en contradiction avec les conclusions de la communication de notre collègue M. Thierry.

M. Guillot attribue les inconvénients de la suture et de la ligature à la dénudation qu'il faut faire des extrémités osseuses pour obtenir une bonne ligature ou une bonne suture.

Les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus avec l'agrafe de Dujarier. Cependant la statistique de onze cas comporte deux accidents.

Le premier est une mort par delirium tremens survenue trois jours après l'opération. Peut-être ce décès ne devrait-il pas être mis au compte de l'opération. M. Guillot nous dit du reste avoir

perdu de delirium tremens deux autres malades atteints de fracture de jambe avant toute intervention.

Le second accident s'est produit chez un homme qui fut suturé malgré des excoriations cutanées. Il se fit une fistule au bout de quatre semaines. On dut enlever l'agrafe; un point d'ostéite persista, qui nécessita une intervention. Somme toute, le malade resta à l'hôpital du 19 octobre 1908 au 12 décembre 1909 et son taux d'incapacité fut fixé à 10 p. 100.

Dans les neuf autres cas, le résultat a été bon; les opérés n'eurent point d'incapacité permanente. Ils mirent à se consolider un temps sensiblement égal à celui qu'on est habitué à voir aux fractures traitées sans opérations, par les appareils de marche.

Il serait intéressant de savoir ce que sont devenus tous ces opérés porteurs d'agrafes; M. Guillot n'a pu en retrouver qu'un seul dont il nous a envoyé les radiographies. L'extrême mobilité de la population ouvrière du Havre explique suffisamment cette difficulté d'observation prolongée.

M. Guillot nous donne enfin une série d'indications utiles sur la technique qu'il a suivie dans ses opérations.

Ce travail, vous le voyez, offre un réel intérêt et nous devons remercier M. Guillot de nous l'avoir adressé.

Les résultats qu'il nous donne sont bons, et je suis d'autant plus à l'aise pour le dire que je n'ai jamais fait moi-même de suture métallique dans les fractures de jambe, ni de ligature métallique, ni d'agrafage, et qu'il est bien vraisemblable que je n'en ferai jamais.

Je continue à croire, comme je l'ai dit ici à plusieurs reprises, que, dans presque tous les cas, la réduction peut être obtenue d'une façon non pas absolue, mais suffisante, et la contention suffisamment assurée aussi sans l'emploi des méthodes sanglantes.

Pour les cas où la correction du déplacement ne peut être assurée sans anesthésie, je pense que la méthode de prises de traction sur broches est d'une application plus rapide, plus simple et garantit mieux contre l'angulation des fragments que les procédés de fixation directe par des fils ou des agrafes métalliques. De plus, cette méthode a le grand avantage de ne laisser au contact du cal aucun corps étranger métallique.

Je vous ai montré ici, il y a deux mois, les bons résultats que m'avait donnés dans un cas particulièrement difficile la traction continue par la broche transcalcanéenne de Codivilla.

Puisque la discussion en cours a trait à l'étude de l'appareil de Lambret, je me permets de vous montrer les radiographies d'un malade atteint d'une fracture esquilleuse avec plaie (fig. 4) que j'ai

traité au mois de mars dernier par l'appareil de Lambret. Le résultat est très satisfaisant, comme vous en pouvez juger, et je crois



FIG. 6. — Appareil de Lambret après cinq semaines d'application. Bonne réduction des fragments. La broche inférieure vient de casser.



FIG. 5. — Application de l'appareil de Lambret. Maintien défectueux de l'appareil.

qu'aucun autre mode de traitement n'aurait donné une si bonne réduction (fig. 7 et 8).

J'ai éprouvé beaucoup de difficultés dans le maintien de cet

appareil. Les broches n'étaient pas bien parallèles; un des pignons a cassé au bout de quelques jours (fig. 5 et 6). Je me suis, en somme, trouvé aux prises avec les inconvénients de cet appareil

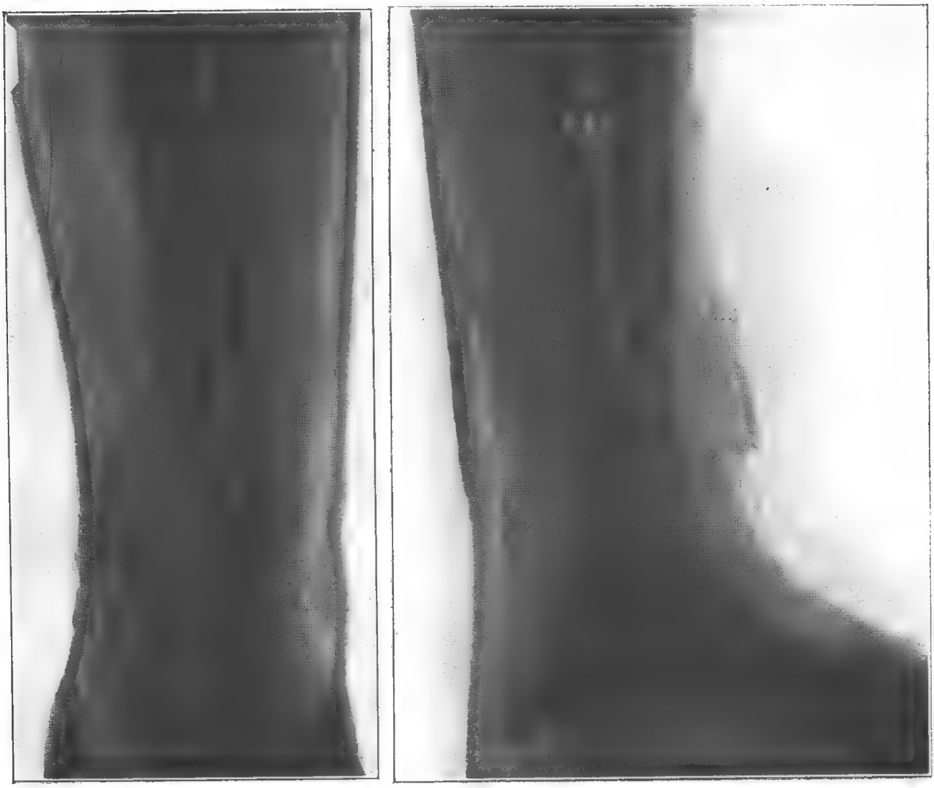


Fig. 7 et 8. — Appareil plâtré appliqué après ablation de l'appareil de Lambret.

de Lambret, premier modèle, que M. Quénu a très heureusement modifié après avoir éprouvé les mêmes ennuis.

Je m'excuse de cette digression et pour en revenir au mémoire qui fait l'objet de ce rapport, je vous propose, messieurs, de remercier M. Guillot de son intéressant travail et de publier dans nos bulletins les radiographies qu'il nous a envoyées.

M. Nélaton. — J'ai passé, Messieurs, par des opinions diffé-

rentes sur le traitement le meilleur qu'il convient d'appliquer aux fractures obliques de jambe difficilement réductibles.

Tout d'abord, j'avais pensé, en face des résultats défectueux de nos moyens habituels, qu'il était des cas très difficiles vis-à-vis desquels il faudrait faire l'incision, pratiquer la réduction à ciel ouvert et la suture osseuse.

Sur ces entrefaites, M. Ombrédanne, mon jeune collègue et mon ami, imagina sa semelle à réduction que vous connaissez. Je vis avec ce moyen des résultats tellement satisfaisants que je renonçai à mes idées sur l'intervention sanglante.

Mais, messieurs, depuis quelques années, j'ai vu dans mon service mon jeune collègue M. Dujarier pratiquer quatre interventions sanglantes sans le moindre accident, et avec un résultat parfait. Je suis donc revenu à mon idée première sur la valeur et l'efficacité des interventions sanglantes contre les fractures obliques de jambe difficilement réductibles. Bien entendu, j'estime que c'est aux cas particulièrement difficiles à réduire qu'il faut réserver l'opération, et les quatre cas de M. Dujarier s'étendent sur une période de dix-huit mois. J'inviterai d'ailleurs M. Dujarier à venir ici rapporter ces quatre faits.

J'insisterai seulement sur la nécessité qu'il y a en pareil cas de s'entourer d'une *asepsie absolue*.

M. Picqué. — Dans la statistique indiquée par notre collègue Walther se trouve un malade mort de delirium tremens après la suture. Deux malades, dans cette série, ayant eu des crises de delirium tremens avant toute intervention, notre collègue en conclut que ce cas de mort ne saurait être attribué à celle-ci.

Tel n'est pas notre avis. Je rappelle que le délire infectieux est en tout semblable au délire alcoolique; l'analogie des deux délires n'est pas une conception personnelle, elle a été nettement indiquée par le professeur Régis, de Bordeaux, et moi-même je l'ai vérifiée dans bien des cas; aussi n'est-il pas possible d'admettre *a priori* que l'opération a été étrangère aux accidents mortels. De nouveaux renseignements sur cette observation sont en tout cas nécessaires.

M. Walther. — Pour répondre à l'objection de M. Picqué, je me contenterai de lui lire la phrase de M. Guillot :

« Le décès que j'ai eu doit être compté; mais la mort dans le delirium tremens s'est produite pour moi, pendant ces dix dernières années, deux autres fois, sans aucun acte opératoire, et, chose intéressante, dans un cas, il s'agissait d'une fracture de jambe entrée à notre clinique pour y être opérée. Le début du delirium empêcha seul l'intervention. »

M. Tuffier. — Le malade qui fait le sujet du rapport de M. Walther avait-il marché avant la prise de la dernière radiographie? En cas d'affirmative, j'en conclurai qu'il a marché trop tôt et avant la consolidation parfaite : d'où la déviation secondaire.

M. Walther. — Je répondrai à mon ami Tuffier que la radiographie de face qui montre cette angulation du fragment a été prise deux ans et demi après l'intervention. Comme je l'ai dit dans mon rapport, il est regrettable que M. Guillot ne nous ait pas donné une radiographie de face au moment de la guérison du malade. La comparaison de ces deux documents nous aurait seule permis de savoir s'il y a là une angulation secondaire, tardive, des fragments.

— Les conclusions du rapport de M. Walther, mises aux voix, sont adoptées.

Sur les plaies pénétrantes de poitrine.

M. E. Potherat. — La question soulevée, par la communication de M. Baudet, le rapport si documenté de notre collègue Picqué et le commentaire si éloquent du professeur Delorme, est suffisamment importante pour que chacun de nous lui fournisse l'appoint de son expérience personnelle, quels que soient les résultats de cette expérience.

En ce qui me concerne, j'ai observé, comme la plupart d'entre vous, un grand nombre de plaies pénétrantes de poitrine : les faits sont devenus nombreux en ces dernières années, surtout depuis que je suis chirurgien de l'hôpital Broussais, au centre de quartiers populeux où les rixes sont fréquentes, et où le couteau et le revolver jouent un rôle très actif.

Le fait le plus ancien que j'aie observé remonte à vingt-six ans; je l'ai déjà cité dans une précédente discussion. Une manifestation avait eu lieu au mur des fédérés du Père-Lachaise; un violent conflit survint entre manifestants et policiers ou soldats. De nombreux blessés de l'un et l'autre camp furent amenés à l'hôpital Tenon, où j'étais interne; parmi eux se trouvait un jeune homme de dix-huit ans qui fut apporté en état de mort apparente. Il avait reçu un coup de baïonnette qui avait traversé la poitrine à droite, d'avant en arrière et de part en part. Un mince filet de sang s'écoulait de l'orifice d'entrée et de l'orifice de sortie. Le traitement immédiat consista uniquement dans l'occlusion au collodion des plaies superficielles. Malgré un état général des plus graves,

un hémothorax total à droite, en l'absence de toute injection de sérum artificiel puisque celui-ci n'était point encore en usage, le blessé survécut. On lui fit plusieurs ponctions évacuatrices de la plèvre, et après un assez long temps il finit par guérir sans complications.

La plus récente de mes observations personnelles a trait à un homme de trente-trois ans encore en traitement à l'heure actuelle dans mon service de Broussais.

Il avait eu la mauvaise idée, le 17 avril dernier, de regarder dans la rue une rixe à laquelle il était tout à fait étranger, ce qui ne l'empêcha pas de recevoir dans le dos, à gauche, en dedans du bord spinal de l'omoplate, un coup de couteau qui pénétra dans le poumon. Amené pendant la nuit dans mon service, on se contenta de nettoyer la plaie soigneusement et de la recouvrir d'un pansement sec stérilisé.

Le lendemain matin, près de dix heures après l'accident, je trouvai le blessé anhélant, pâle, les extrémités fraîches, le pouls petit et fréquent, avec un épanchement qui remontait jusque dans la fosse sous-épineuse laissant encore entendre la respiration dans la partie supérieure du poumon, où on percevait comme un bruit de drapeau dû probablement à un volet de parenchyme pulmonaire. Mes internes me pressaient d'opérer; je résistai : ils renouvelèrent leur demande avec plus d'insistance le lendemain et les jours suivants en voyant la température s'élever à 39 degrés, 39°6, et même 39°8, ce qui pour eux indiquait une imminence de suppuration. Toutefois, sous l'influence du sérum artificiel et de l'huile camphrée, la faiblesse générale était moindre qu'au début et pourtant l'épanchement s'était accru. Dès le 23, six jours après l'accident, la température commençait à redescendre et à se rapprocher de la normale. Le 26 avril, elle oscillait entre 37 degrés et 37°8.

Il y a trois semaines, je devais prendre la parole et vous parler de ce malade, et vous dire : « Je le crois en bonne voie de guérison, et la feuille de température que je vous présente est démonstrative à cet égard. »

Or, Messieurs, dès le lendemain, la température s'élevait de nouveau et se portait assez rapidement vers 39 degrés et au delà même, en même temps que le malade accusait une gêne respiratoire de plus en plus grande, en même temps que l'épanchement pleural, qui avait manifestement diminué, remontait à l'épine de l'omoplate.

Sur mon conseil, le 9 mai dernier, mon interne fit une ponction aspiratrice et retira 300 grammes d'un liquide hématique, fluide, dans lequel l'examen histologique ne put trouver aucun élément

indiquant une suppuration en voie d'évolution ou en imminence. A la suite de cette évacuation, un mieux considérable se fit dans la respiration et l'état général du malade, et, ainsi que vous pouvez en juger par l'examen de ce graphique, la température revint vers la normale. Je me crois en droit d'espérer cette fois une guérison prochaine sans nouvel incident; l'épanchement ne s'est pas reproduit et on entend le murmure vésiculaire dans la plus grande partie de la hauteur du poumon. Messieurs, toutes les plaies pénétrantes de poitrine dues à un instrument piquant ou tranchant, que j'ai observées et soignées peuvent, selon le plus ou moins de gravité des accidents, trouver place entre ces deux cas extrêmes et types; tous les blessés ont guéri sans autre intervention qu'une ponction aspiratrice faite une fois ou renouvelée deux à trois fois au plus.

Mais ici je fais allusion *uniquement* aux plaies de poitrine déterminées par un *agent vulnérant piquant* ou *tranchant*, généralement à lame étroite : baïonnette, poignard, stylet, tiers-point.

Les plaies dues à ces sortes d'agents vulnérants peuvent évidemment tuer sur le coup, quand elles intéressent le cœur, un gros vaisseau, ou déterminer une mort rapide qu'une intervention immédiate ou presque immédiate pourrait seule, au moins en principe, retarder ou éviter. Mais si elles n'ont pas intéressé le cœur, que, d'une manière générale, il convient de mettre momentanément hors de cette discussion, si elles n'ont pas blessé un gros vaisseau, elles me semblent notablement moins graves que celles dues à des projectiles. Elles intéressent d'ordinaire moins profondément le parenchyme pulmonaire; l'agent vulnérant ne peut pénétrer qu'en évitant les côtes; par suite, il n'atteint pas les artères intercostales; seule la mammaire interne peut être intéressée. Mais par le siège même de la plaie il est facile, indépendamment même des phénomènes hémorragiques, de présumer que ce vaisseau est blessé.

Je crois donc qu'il convient de différencier très nettement cet ordre de plaies de celles dues à un projectile, projectile de revolver le plus souvent, dans la pratique hospitalière.

Avec les projectiles, les plaies comportent des lésions plus importantes; les côtes peuvent être brisées, les artères intercostales coupées, le parenchyme pulmonaire déchiré, éclaté, pénétré profondément. Les accidents immédiats peuvent être plus marqués, l'hémorragie de suite plus abondante; l'infection est plus probable en raison de la pénétration dans la plaie de débris directement entraînés par le projectile. Celui-ci enfin peut léser des vaisseaux importants dans l'intérieur même du poumon et donner

aussi lieu, secondairement il est vrai, à un foyer de gangrène pulmonaire.

Et cependant, Messieurs, malgré toutes ces conditions défavorables, le très grand nombre de ces blessés guérissent aujourd'hui encore comme ils guérissaient à l'époque où toute l'intervention consistait dans l'occlusion de la plaie cutanée. Les faits sont là qui le proclament et nul, je pense, n'y contredit.

Tous les blessés que j'ai observés dans ces conditions ont guéri, sauf trois. L'un est mort près de trois mois après l'accident, d'un foyer de gangrène pulmonaire développée autour du projectile. Un autre est mort de pleurésie purulente concomitante d'une péritonite suppurée due à un second projectile qui avait pénétré dans le ventre; la laparotomie avait été pratiquée; elle avait permis de reconnaître des lésions intestinales qu'on sutura: l'abdomen fut drainé. Les lésions thoraciques avaient paru négligeables et c'est à l'autopsie seulement, trois semaines plus tard, que fut révélée la pleurésie purulente, d'ailleurs peu abondante.

Dans ces deux cas, je ne suis pas intervenu pour la plaie de poitrine elle-même ni contre l'hémorragie intrapleurale.

Une fois, cependant, je suis intervenu chirurgicalement; une fois seulement, et la malade n'a pu être sauvée.

Voici le fait : Le 1er février dernier, à midi, au moment où je m'apprêtais à quitter mon service, on apporta une belle jeune fille de vingt ans qui, peu d'instants auparavant, vingt à trente minutes au plus, avait reçu au niveau de la partie latérale droite du thorax une balle de revolver d'un gros calibre. Elle était couverte de sang, pâle et défaillante. Immédiatement dépouillée de ses vêtements et placée sur la table d'opération, je vis sur la ligne axillaire, au niveau du 8e espace intercostal droit, une plaie de laquelle, à chaque expiration, jaillissait un flot de sang spumeux.

En moins de temps presque qu'il ne m'en faudrait pour décrire l'intervention, j'avais fait sauter deux côtes, ouvert largement le thorax, et mis sur une plaie pulmonaire d'où le sang jaillissait à flots, et qui était large, éclatée, quatre points de suture au catgut. Ces sutures firent cesser l'hémorragie, la plèvre fut évacuée de son contenu, la plaie refermée, et la malade soumise aux injections massives de sérum artificiel.

Le résultat immédiat fut des plus encourageants; la malade se ranima, put parler avec nous, avec les membres de sa famille; son pouls se releva, la chaleur revint dans ses membres et les couleurs sur son visage. Mais cela dura peu; la malade ne cessa de cracher du sang, abondant, spumeux, puis elle se cyanosa, et à 2 heures du matin elle mourait asphyxiée; asphyxiée, non par l'abondance

de l'épanchement pleural, car celui-ci ne s'était pas reproduit, mais par l'épanchement intrabronchique.

Il faut, Messieurs, ne pas oublier que la blessure du poumon atteint le parenchyme pulmonaire en surface et en profondeur. La suture pulmonaire étanche le sang de la surface, elle ne peut atteindre les vaisseaux lésés dans la profondeur. Ceux-ci ne peuvent être aveuglés que par la compression résultant de la rétraction du parenchyme pulmonaire. Et il n'est peut-être pas paradoxal ni insensé, comme on l'a dit, de penser que l'épanchement intrapleural, pourvu qu'il ne soit pas extrême, qu'il ne réagisse pas trop fâcheusement sur le cœur, en le déplaçant, ou en le comprimant, que cet épanchement, dis-je, puisse, en refoulant, en tassant le poumon, jouer un rôle favorable à l'hémostase précoce. Ainsi pourrait s'expliquer ce fait, en apparence inexplicable, constaté par tous les opérateurs dans un grand nombre de cas, sinon dans tous, qu'une plaie du poumon qui a rapidement rempli de sang la plèvre au point de la distendre au maximum, que cette plaie, dis-je, ne saigne plus quand, ayant relevé le volet thoracique, on la met à découvert.

Si la compression de dehors en dedans n'agit pas, le poumon continue à saigner dans la plèvre et détermine une asphyxie progressive ; dans les bronches, il provoque une asphyxie plus rapide. C'est par ce dernier mécanisme qu'est morte ma petite opérée.

De tout cela que conclure? Fournir une conclusion dans cette question, voilà le difficile, Messieurs, et je crains bien que lorsque nous aurons ici apporté tous notre avis, et les résultats de notre expérience, aucune conclusion nette, précise, claire, ne sorte de notre discussion, qui indique d'une manière indiscutable la conduite à tenir vis-à-vis d'une plaie pénétrante de poitrine.

Nous avons ici entendu des orateurs se déclarer avec insistance, presque avec passion, pour l'intervention chirurgicale. Seule, selon eux, elle est capable de sauver les blessés, et, nous dit mon ami Rochard, ses succès, peu nombreux encore, mais brillants, se multiplieront quand les interventions seront plus fréquentes.

Nous avons même entendu notre collègue Souligoux rééditer cette classification aussi spécieuse qu'inexacte des chirurgiens en interventionnistes et non-interventionnistes; ceux-ci constituant une classe un peu inférieure à ceux-là, semble-t-il.

Il n'y a pas, Messieurs, de non-interventionnistes en chirurgie. Tout chirurgien, digne de son rôle, prend le bistouri quand il estime en son âme et conscience, sans parti pris, sans esprit dogmatique, que l'intervention offre plus de chances de sauver son malade que n'en donnerait l'expectation; il s'abstient s'il considère que

l'acte chirurgical sera plus grave que le mal lui-même. Ce n'est donc ni par tempéramment, ni par principe qu'un chirurgien intervient ou n'intervient pas; chaque cas particulier a ses contingences propres, ses conditions particulières et peut comporter une conduite spéciale, différente d'ailleurs, d'un blessé à un autre.

En l'espèce, et personnellement, je suis interventionniste puisque je suis intervenu dans un cas; je devrais cesser de l'être puisque ce cas a été suivi de mort, alors que j'ai enregistré de nombreux succès en dehors de toute intervention. Cependant, à l'occasion, vis-à-vis de circonstances analogues, je prendrais encore le bistouri, dussé-je enregistrer un nouvel échec, parce que j'estime que vis-à-vis de cas analogues à celui que je viens de rapporter, la mort est fatale, et que s'il reste au blessé une seule chance de salut, elle réside dans une intervention aussi restreinte que possible, mais très prompte et résolue. Combien l'intervention chirurgicale sauvera-t-elle de ces blessés, voués à une mort immédiate ou prochaine? Je ne sais, et ce n'est pas la statistique de M. Baudet, j'en demande pardon à mon ami Rochard, qui nous le dira, car elle englobe, à mon avis, des cas qui auraient pu guérir sans intervention.

Pour moi, ce ne sont ni les phénomènes généraux, ni même l'abondance de l'épanchement sanguin dans la plèvre, qui dictent ma conduite en vue d'une intervention : les phénomènes généraux de pâleur, de défaillance, de tendance à la syncope sont toujours très marqués chez un sujet qui vient d'être blessé volontairement dans le suicide, ou involontairement dans les rixes; les plaies de poitrine à cet égard participent de ce qui appartient à toutes les plaies; elles y participent même à un plus haut degré que certaines autres.

L'abondance grande de l'épanchement intrapleural lui-même n'est pas une condition formellement déterminante; nombre de malades ont guéri qui avaient un hémothorax considérable. Des ponctions répétées peuvent atténuer les accidents directs de cet épanchement; je ne crois pas qu'ils puissent sérieusement provoquer une nouvelle hémorragie, et l'hémorragie secondaire est un phénomène tout à fait exceptionnel qui ne peut justifier une règle de conduite générale.

Ce qui me déterminera, avant toute chose, à une intervention a plus prompte possible, c'est l'hémorragie se faisant de dedans au dehors par la plaie extérieure, ou dans les bronches mêmes. Celle-là plus que toute autre peut amener la mort rapide par asphyxie, ou par anémie aiguë. C'est bien dans ce cas, et dans ce cas seulement, qu'on se trouve en face de l'hémorragie qui, coûte que coûte, doit être arrêtée.

Dans ce cas seulement, il n'y a plus à discuter, il faut agir. En dehors de ces conditions spéciales, j'estime qu'il convient de ne rien brusquer; on peut observer le malade, voir venir les accidents graves qui réclameront l'intervention, — et dans l'immense majorité des cas, cette éventualité ne se réalisera pas, — et après quelques heures et même quelques jours de préoccupation, les accidents prendront un cours plus calme et la guérison sans intervention précoce se réalisera.

Si une intervention devient nécessaire ultérieurement, c'est à l'hémothorax lui-même qu'elle s'adressera, et non à la plaie qui l'a causé; c'est une question toute différente de celle qui est en discussion.

En terminant, Messieurs, je voudrais dire un mot seulement d'un accident auquel M. Quénu seul a fait allusion incidemment. Il nous a parlé de l'emphysème sous-cutané qui peut accompagner les plaies du poumon et qui peut s'étendre très loin, voire même se généraliser à tout le corps. M. Quénu a semblé attacher une grande importance à cet accident et il conseille de suivre la conduite qu'il a mise en pratique, à savoir : inciser le tégument au niveau des fosses sus-claviculaires. Deux fois, j'ai observé cet œdème généralisé qui fait ressembler les blessés à des hommes en baudruche, tant ils sont soufflés; je n'ai pratiqué aucune incision, aucune moucheture, aucune piqûre et j'ai vu l'emphysème disparaître peu à peu, sans qu'il survint aucun accident digne d'être relaté.

Lecture.

M. Mouchet, chirurgien des hôpitaux, lit un mémoire sur *la Hanche à ressort*, d'après huit observations personnelles.

M. le Président. — Le travail de M. Mouchet est renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. Rieffel est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Œsophagotomie externe pour corps étranger (caillou).

M. A. Broca. — A maintes reprises, ici ou ailleurs, j'ai rompu des lances en faveur de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles; j'ai protesté contre l'œsophagotomie externe pratiquée pour extraire des pièces de monnaie, des boutons, des jetons, qu'un opérateur exercé doit presque toujours amener au dehors, vite et sans danger, avec le panier de Græfe ou le crochet de Kirmisson. Aussi me fait-on volontiers passer pour un adversaire de l'œsophagotomie.

A maintes reprises, pourtant, j'ai répété que l'emploi de crochet ou panier devait être réservé aux corps étrangers plats; qu'il était absurde de chercher à accrocher de la sorte des corps gros, irréguliers; que je n'étais aucunement surpris si l'on coinçait à la fois le corps étranger et l'instrument quand on tirait un crochet ou panier passés au delà d'un os ou d'un râtelier, et que là était la cause des déchirures de l'œsophage, des arrachements du cricoïde que l'on reprochait au panier de Græfe : bon instrument, mauvais opérateur.

Ces propositions, que je crois inattaquables, ne sont sans doute pas encore assez vulgarisées, puisque, le 24 avril dernier, un interne de garde s'attaqua avec le crochet de Kirmisson à un caillou irrégulièrement triangulaire, épais de 1 centimètre, large de 2 cent. 1/2, haut de 3 centimètres, avalé la veille par la fillette, de vingt-sept mois, que je vous présente. Manœuvre absurde, et je serais fort surpris si mon collègue et ami Kirmisson, ici présent, protestait contre cette assertion. Heureusement, l'instrument ne passa pas, et l'enfant fut conduite le lendemain à ma consultation.

La déglutition se faisait bien, sauf quand l'enfant buvait trop vite; aucun trouble respiratoire; mais la radiographie faite le 26 nous prouva que le caillou avait bien été avalé, et nous le vîmes, pointe en bas, derrière la première pièce du sternum.

Il était presque sûrement lisse, en sorte que l'on pouvait, en principe, malgré sa largeur, songer au refoulement dans l'estomac; j'appuyai sur lui très légèrement avec une olive et constatai qu'il n'avait aucunement envie de descendre. Aussi, fis-je tout de suite, le 27 avril, une œsophagotomie externe à gauche, aussi bas que possible. Par là je passai un petit crochet mousse derrière le

caillou, situé à 2 ou 3 centimètres plus bas, et je le fis sauter au dehors.

Les suites furent très simples. Malgré une suture au catgut fin, en deux plans, quelques gouttes de liquide passèrent par la plaie du troisième au huitième jour. Mais l'orifice se ferma spontanément lorsque j'eus retiré le drain, et l'enfant quitta l'hôpital le 6 mai. Le 10 mai, la cicatrisation était achevée. J'ai dû, au passage, chatouiller un peu le récurrent et le grand sympathique, car la voix est un peu rauque (sans aucun trouble dyspnéique), et l'œil est légèrement enfoncé derrière une fente palpébrale rétrécie.

N'empêche que c'est une excellente opération, seule capable de conduire au succès dans les cas de ce genre. C'est la seconde fois que je la pratique. La première, ce fut sur une enfant de seize mois, chez laquelle j'enlevai, le 23 mai 1896, quatre petits cailloux, retenus dans une dilatation rétrosternale au-dessus d'un rétrécissement dont je ne pus préciser la cause; au troisième jour, l'enfant mourut de bronchopneumonie suffocante.

Absence congénitale du vagin. Création autoplastique d'une cavité vaginale par dédoublement du périnée et des petites lèvres, libération et abaissement de l'urètre.

M. S. Pozzi. — Je vous présente une jeune femme chez laquelle j'ai procédé à la création d'un vagin, suivant un procédé un peu spécial sur lequel je désire attirer votre attention. Ce procédé, en effet, diffère du procédé analogue d'Anderson (1) par la libération et l'abaissement de l'urètre, auquel j'ajoute une particulière importance.

Cette jeune malade est âgée de vingt-deux ans; elle n'a jamais été réglée, mais à partir de l'âge de quatorze ans elle a présenté des épistaxis à périodicité irrégulière, précédées de céphalées ou de malaises divers. Depuis quelques années, ces épistaxis se sont progressivement espacées, et actuellement elle ne s'en plaint plus.

Préoccupée par cette absence de règles, notre malade alla consulter M. le Dr Michel (de Nancy), qui lui conseilla une intervention. C'est dans ce but qu'elle se présenta à la consultation de l'hôpital Broca le 20 septembre 1910. Elle y fut examinée par M. le

(1) Anderson. A case of complete absence of the vagina. *Pacific Medical Journal*, t. XLVI, n° 2 (février 1903, p. 65 à 71).

Dr Proust, qui constata une absence de vagin, reçut la malade, et la garda dans le service jusqu'à mon retour de vacances.

Voici le résumé des constatations qui furent faites à l'entrée dans les salles :

E... B..., âgée de vingt-deux ans, est de petite taille; elle ne mesure que 1m40. Elle est grasse et garde un aspect général infantile qui pourrait faire penser au type décrit par Frœhlich comme type adiposo-génital (je m'empresse d'ajouter cependant que la radiographie de la selle turcique, faite par M. Infroit, ne révèle aucun élargissement de la selle turcique).

A l'examen, on note également une petitesse relative des mains par rapport aux bras, et surtout une brièveté très nette des cinquièmes doigts par rapport aux quatrièmes. Cette brièveté tient, ainsi que la radiographie permet de le constater, à un arrêt de développement des deuxièmes phalanges.

Aux pieds, à droite et à gauche, il existe un retrait du quatrième orteil; il semble que le quatrième métatarsien soit très diminué dans toutes ses dimensions (la radiographie justifie complètement cette manière de voir).

Les seins sont très développés et semblables à ceux d'une femme qui aurait nourri.

L'examen de l'appareil génital permet les constatations suivantes:

Les poils sont normalement développés; les grandes lèvres sont normales, les petites lèvres fortement développées. En écartant celles-ci, on constate qu'il n'existe pas d'orifice vaginal. Il y a simplement un vestibule dont le fond est formé par une sorte d'hymen plissé, au niveau duquel il n'existe aucun orifice. Le méat est normalement placé.

Somme toute, cet appareil génital externe semble uniquement formé aux dépens du vestibule.

On tâche, par le toucher rectal, de découvrir les organes internes : on sent seulement une petite masse du volume d'un gland de chêne environ qui pourrait correspondre aux organes génitaux internes, sans qu'aucune précision toutefois ne puisse être donnée à cet égard.

L'examen des anneaux inguinaux ne révèle aucune trace de hernie ni aucune disposition anormale, fait important au point de vue de la notion d'un pseudo-hermaphrodisme toujours possible dans ces malformations vaginales.

En attendant le contrôle opératoire, le diagnostic est donc : absence de vagin. Dans ces conditions, je me décide à une intervention qui est pratiquée le 8 octobre 1910.

Opération. — Les petites lèvres, très développées, sont écartées en dehors et une incision en H est menée de la manière suivante :

Premier temps : *tracé des incisions.* — Les deux branches verticales de l'H situées à environ 4 centimètres l'une de l'autre, passent à la racine des petites lèvres (fig. 1) et commencent un peu au-dessus du méat pour finir un peu en avant de l'anus.

Elles sont réunies l'une à l'autre par la branche transversale de l'H qui passe un peu au-devant de l'union de la muqueuse hyménale et de la peau.

Deuxième temps : *dissection des lambeaux.* — Les lambeaux ainsi délimités sont disséqués, décollés et relevés; puis, une sonde étant introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum, le périnée est largement dédoublé au-devant du rectum, jusqu'à ce qu'on arrive au cul-de-sac de Douglas, qui est fortuitement ouvert et refermé aussitôt au catgut.

Troisième temps : *tapissement de la cavité.* — La cavité infundibuliforme ainsi obtenue est tapissée de la manière suivante :

Le lambeau à base rectale est rabattu au niveau de la face postérieure et fixé dans la profondeur.

Le lambeau à base urétrale est ensuite mobilisé ; il se laisse facilement étaler, mais reste bridé en haut au niveau de son point d'attache. (Cette tension disparaîtra complètement tout à l'heure grâce à la *libération de l'urètre.*) On fixe son extrémité postérieure dans la profondeur du nouveau vagin. Il reste encore deux grandes surfaces latérales cruentées qui vont être recouvertes grâce au dédoublement des petites lèvres.

Pour cela, à la partie supérieure de la surface cruentée du côté droit (de la malade), on mène une incision transversale qui libère la petite lèvre près de son angle supérieur. Elle permet de la dédoubler, d'en faire ainsi un lambeau qui, subissant une rotation de 180 degrés au niveau de son pédicule, peut être rabattu, l'extrémité antérieure en arrière ; ce lambeau, soigneusement étalé, tapisse ainsi la partie latérale droite du vagin.

Du côté gauche, la même manœuvre n'est pas exécutée. Le lambeau a, en effet, été taillé un peu différemment. Le pédicule, au lieu d'être placé au niveau de la partie externe de la petite lèvre, est situé tout à fait à sa partie supérieure et il est presque sus-méatique. Dans ces conditions, l'affrontement du lambeau ne se faisant pas complètement, je me décide à détacher complètement la peau de la petite lèvre, et à me servir de cette greffe mobile pour tapisser la partie latérale gauche du néo-vagin.

Quatrième temps : *libération de l'urètre.* — Arrivé à ce temps de l'opération, pour éviter la tension du lambeau qui recouvre la

paroi antérieure du vagin, et afin de donner à celui-ci plus de profondeur, je procède sans hésiter à une large *libération et mobilisation de l'urètre*. Une incision transversale est faite au-dessus

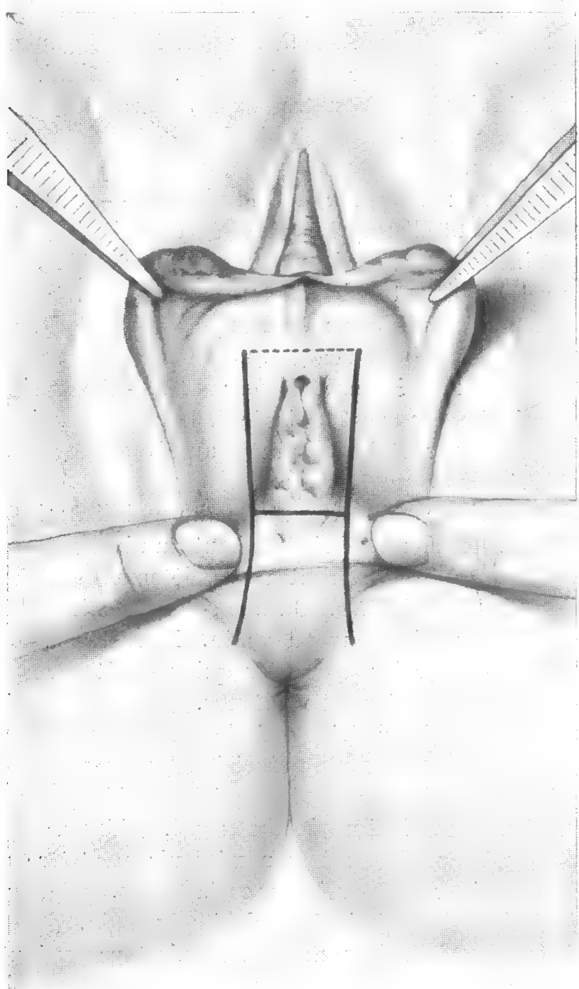


Fig. 1. — Etat avant l'opération. Tracé des incisions. (La ligne pointillée représente l'incision sus-méatique destinée à permettre la mobilisation de l'urètre.)

du méat, réunissant les deux branches verticales primitives de l'H, tracée au début de l'opération, à 3 cent. 1/2 au-dessus de la première incision transversale.

L'urètre est disséqué aux ciseaux et le méat se trouve très

abaissé vers le vagin, ce qui donne un accroissement de profondeur fort net à ce conduit et permet également d'éviter tout le tiraillement des sutures. Le méat urinaire ainsi reporté profon-

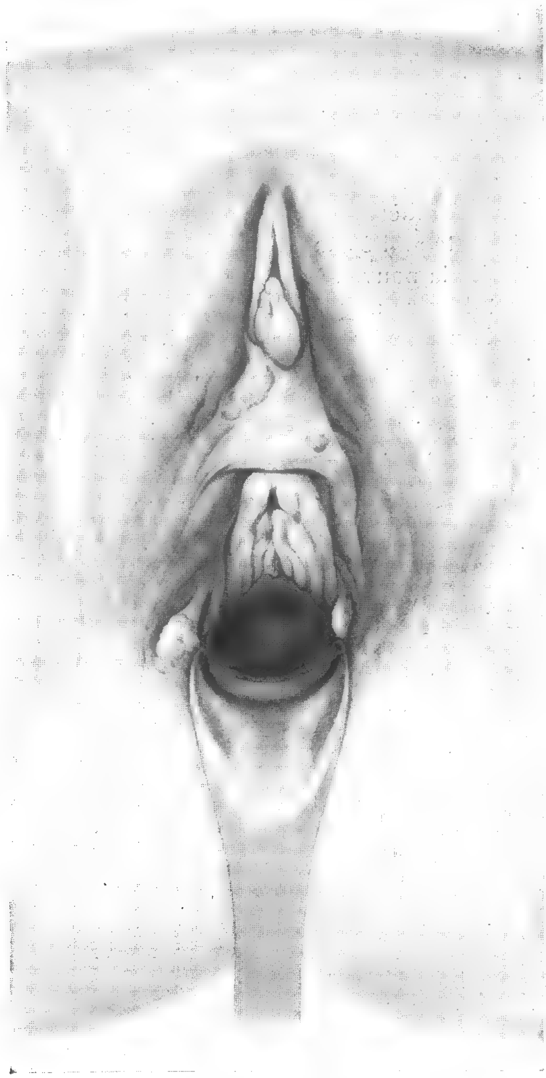


Fig. 2. — Aspect de la nouvelle cavité vaginale six mois après l'opération.

dément à la partie antérieure du vagin a la disposition légèrement hypospadiaque qu'on observe si souvent chez les nouveau-nés et sur laquelle a insisté Budin.

Pour maintenir ce refoulement du méat dans la profondeur, la plaie transversale résultant de l'incision supra-méatique est étalée en losange allongé verticalement et fermée par une suture longitudinale : le vestibule est ainsi considérablement agrandi de haut en bas.

Sonde à demeure. Tamponnement de la nouvelle cavité vaginale à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Simples au début, elles furent marquées, le cinquième jour, par la nécrose aseptique du lambeau transplanté sans pédicule de la petite lèvre gauche. La zone ainsi dénudée ne se déforma cependant pas, et la cicatrisation s'y fit d'une manière régulière, grâce à l'application de pansements « au rouge écarlate ». Dès la fin de la première semaine, j'eus soin de distendre la nouvelle cavité vaginale au moyen d'un mandrin recouvert de gaze aseptique. Quand la cicatrisation fut assez avancée dans la profondeur, je remplaçai ce pansement par l'application d'un mandrin en caoutchouc, fabriqué par M. Rainal, maintenu par une ceinture analogue à celle qui sert pour les hystérophores; ce mandrin fut remplacé ultérieurement par d'autres de plus en plus volumineux. Sous l'influence de ces dilatations progressives, la cavité vaginale se creusa, s'élargit et en arriva au point où vous la voyez aujourd'hui. Le fond seul fut très long à se cicatriser. L'essai d'une greffe de Thiersch à son niveau ne me donna aucun résultat. Là encore, ce fut la pommade au « rouge écarlate » qui me parut avoir la meilleure influence sur la cicatrisation.

Etat actuel. — Actuellement, l'examen des organes génitaux externes (fig. 2) permet les constatations suivantes :

Le clitoris et son capuchon forment une petite saillie qui est distante de l'urètre de 4 centimètres (mesure prise du bord supérieur du capuchon clitoridien au bord supérieur du méat), alors qu'avant l'opération, cette distance n'était que de 1 cent. 1/2. Cet accroissement de longueur est dû à la création au-dessous du clitoris d'une sorte de pont cutané interposé entre lui et le vestibule. Il y a donc deux vestibules superposés : l'un, cutané, artificiel, large de 2 cent. 1/2, formé de l'union de deux lambeaux autoplastiques; l'autre, muqueux, refoulé dans la profondeur et large de 1 cent. 1/2.

Immédiatement en arrière du vestibule cutané, est l'entrée du nouveau vagin; c'est une ouverture ogivale qui présente 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large; la profondeur de la cavité (dont la mensuration précise est difficile à cause de la dépressibilité des parties) est de 6 cent. 1/2.

Cet orifice vaginal est bordé de la façon suivante :

De chaque côté, il existe un repli, cutané dans sa partie postérieure, cutanéo-muqueux dans sa partie antérieure, repli formé par le reste des petites lèvres qui ont été dédoublées et appliquées sur les parois latérales du nouveau vagin. Ce détail se distingue parfaitement du côté droit, où le reste de la petite lèvre forme une saillie apparente. Du côté gauche, où, comme nous le savons, il s'est produit du sphacèle du lambeau transplanté, le résultat esthétique est meilleur encore en ce sens que cette saillie n'existe pas. En écartant les deux lèvres de l'orifice vaginal, on voit une paroi postérieure cutanée très résistante, formant une large four-

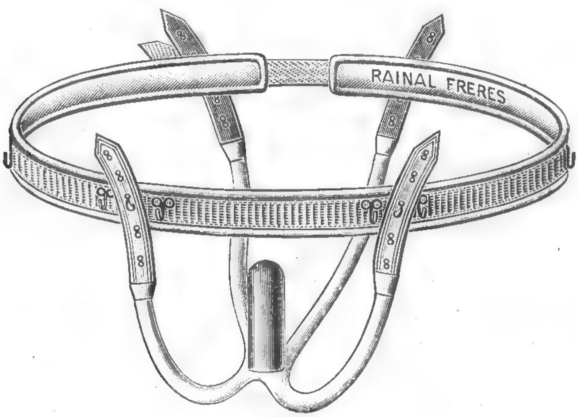


Fig. 3. — Mandrin et ceinture porte-mandrin.

chette, véritable talus qui conduit obliquement vers le fond de la cavité vaginale.

Quant à la paroi antérieure, elle est formée par le lambeau sous-urétral refoulé à une grande profondeur, grâce à la mobilisation de l'urètre et à la suture verticale de la plaie transversale résultant de ce décollement.

Le toucher n'est pas douloureux et la pose de deux valves vaginales de dimensions moyennes permet d'apercevoir le fond de la cavité, lequel est cicatrisé, mais qui présente un petit bourgeon d'une coloration un peu rouge et au niveau duquel l'épidermisation semble précaire (1).

En somme, ce vagin, parfaitement tapissé de tégument, paraît très apte à l'accomplissement des fonctions sexuelles. Il est recommandé à la jeune femme de continuer avec persistance l'emploi des mandrins dilatateurs pendant la nuit. En effet, comme

(1) Notons que ce point correspond à la suture de la petite perforation du cul-de-sac de Douglas signalée plus haut.

je l'ai déjà signalé dans une précédente présentation que j'ai faite à la Société de Chirurgie (1), je considère cette manœuvre comme indispensable au maintien du résultat acquis par l'opération.

Tumeur cérébrale.

M. Paul Segond. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est, me semble-t-il, un des plus beaux exemples qu'on puisse donner des bienfaits de la trépanation dans le traitement des tumeurs cérébrales.

Il s'agit, en effet, d'un homme de trente ans, qui est entré dans mon service de la Salpêtrière, avec une hémiplégie gauche complète et tous les signes d'une hypertension cérébrale des plus accusée.

L'opération a été pratiquée en deux temps par mon chef de clinique, M. de Martel. A la suite du premier temps (craniectomie, sans ouverture de la dure-mère), le syndrome d'hypertension a cédé. Très vite, l'opéré a cessé de souffrir de la tête et a retrouvé sa vision. L'ouverture de la dure-mère, pratiquée quelques jours après, a permis l'ablation d'un gliome siégeant à la partie moyenne de la zone rolandique et composé de deux parties, l'une énucléable, et l'autre infiltrée. Celle-ci a été néanmoins abrasée avec une certaine quantité de substance cérébrale.

Cette dernière intervention date de six semaines et vous pouvez juger du résultat obtenu : les symptômes paralytiques ont presque entièrement disparu. Le jeune homme marche droit et sans canne. Il voit très bien et ne souffre plus du tout de la tête.

M. Lucas-Championnière. — Je félicite M. Segond du beau succès qu'il a obtenu avec son élève de Martel. Je veux seulement faire remarquer que ce cas est une des meilleures démonstrations de l'utilité des notions relatives aux localisations cérébrales, tandis que lors de notre dernière discussion, il a affirmé leur peu d'intérêt.

M. Paul Segond. — La réflexion de mon cher maître M. Lucas-Championnière s'applique très bien au succès opératoire obtenu chez mon malade, mais elle me surprend, car je n'ai jamais rien dit qui puisse me valoir le reproche de méconnaître, en quoi que ce soit, la haute portée de nos connaissances sur les localisations cérébrales.

(1) S. Pozzi. Absence congénitale du vagin. Création d'un vagin artificiel par débridement, autoplastie et dilatation méthodique consécutive. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, séance du 10 février 1909, p. 202.

Résection de l'extrémité inférieure du radius pour ostéosarcome. Greffe de l'extrémité supérieure du péroné.

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune femme que j'ai opérée le 5 avril dernier, pour un sarcome de l'extrémité inférieure du radius droit. J'avais vu la malade à la Pitié au commencement de mars; elle avait refusé à ce moment toute intervention; elle est rentrée dans mon service le 29 mars; la tumeur avait, en une vingtaine de jours, notablement augmenté de volume, comme vous pourrez le voir sur les radiographies; elle avait envahi toute l'extrémité inférieure, détruit la coque de tissu compact et formait des bosselures débordant l'os surtout en dedans.

La malade se résigna à l'intervention et je craignais de trouver des lésions étendues aux parties molles assez loin pour nécessiter l'amputation. Heureusement, je pus disséquer tous les tendons des muscles de l'avant-bras à la face dorsale et sur les bords, scier le radius à la scie de Gigli, dégager la face antérieure en suivant le carré pronateur sans trouver d'autre trace d'envahissement qu'un peu d'œdème des gaines tendineuses, qui furent enlevées avec le bloc de la tumeur.

Pour combler la perte de substance, je pris l'extrémité supérieure du péroné dont la tête fut appliquée sur le carpe, l'apophyse supérieure tournée en dehors et simulant au mieux l'apophyse styloïde du radius.

L'extrémité supérieure du péroné taillée en pointe à la pince gouge fut fichée dans le canal médullaire du radius, un peu évidé à la curette. Je n'ai donc fait *aucune suture osseuse*; quelques points de catgut seulement réunirent à peu près les débris de capsule articulaire au périoste du fragment de péroné. Un appareil plâtré maintint les os en place jusqu'au 10 mai. A ce moment, je remplaçai le plâtre par un appareil à attelles de bois avec compresses graduées pour essayer de corriger une très légère angulation en dedans du fragment greffé.

Hier, j'ai enlevé l'appareil et j'ai tenu à vous présenter la malade avant tout traitement complémentaire, avant toute électrisation, toute gymnastique des muscles.

Comme vous pouvez le voir, les muscles fonctionnent tous bien; la malade peut se servir de sa main, elle a des mouvements de flexion, d'extension et de rotation du poignet. Les mouvements des doigts se font facilement.

Le péroné reproduit d'un façon frappante sur les radiographies la forme de l'extrémité inférieure du radius; malgré l'absence de







FIG. 1, 2 et 3. — Radiographies faites à vingt jours d'intervalle, montrant le développement rapide de la tumeur.

ligaments, car on ne peut donner ce nom aux quelques débris fibreux qu'ont fixés les points de catgut, le greffon tient bien en équilibre sur le dos du carpe et la nouvelle articulation est bien mobile.

Voici les détails de l'observation :

T... (Félicie), âgée de trente ans, domestique. Entrée le 29 mars 1911 à la Pitié, dans le service M. Walther, salle Lisfranc, n° 18 (observation recueillie par M. Gaume, externe du service).

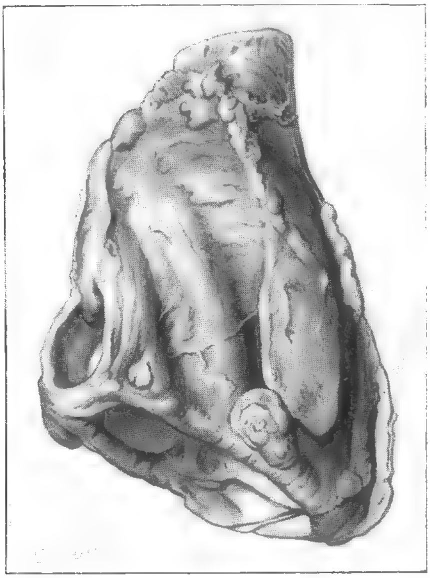


FIG. 4. — Extrémité inférieure du radius réséquée.

Entre à l'hôpital parce qu'elle présente à la partie inférieure de l'avant-bras droit une tumeur volumineuse et douloureuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère bien portante. Six frères bien portants, une sœur morte de diarrhée infantile.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans sa jeunesse. Réglée à quatorze ans, régulièrement. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Crise gastrique il y a trois ans.

Histoire de la maladie. — A la fin de novembre 1911, la malade, en soulevant un paquet de linge, se serait foulé le poignet. Depuis cette époque, elle souffre au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras. Il n'y eut pas de gonflement, mais elle se fit pourtant des frictions avec de l'alcool. Jusqu'à la fin de janvier, la malade n'a pas d'autre signe que de

la douleur, douleur qu'elle compare à des élancements; ces douleurs ne sont pas continues, elles sont très vives le soir après la fatigue de la journée.

Le 30 janvier, la malade fait une chute, tombe sur le poignet droit; ressent une très violente douleur, et le lendemain la malade s'aperçoit



FIG. 5. — Extrémité supérieure du péroné réséquée pour la greffe.

que son bras augmente de volume. Elle présentait, dit-elle, une petite tuméfaction de la grosseur d'une châtaigne siégeant à la partie extérieure du radius. Du 30 janvier au 12 février la tumeur augmente de volume, la malade s'inquiète et vient alors à la consultation. On la radiographie et on lui dit qu'une opération est nécessaire. La malade refuse et continue à travailler, quoique présentant toujours des phénomènes douloureux. Enfin, le 25 mars, la malade voyant sa tumeur augmenter sans cesse de volume, ses douleurs augmenter, et ne pou-

vant plus que difficilement se servir de sa main droite, se décide à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Entre temps, elle avait été consulter un médecin, qui lui fit des pointes de feu et des massages.

Examen. — On constate à la partie inférieure de l'avant-bras droit une tumeur de la grosseur d'un œuf siégeant à la partie inférieure du



Fig. 6. — Radiographie de la greffe au bout d'un mois.

radius. Cette tumeur paraît assez régulière, de consistance ferme, dure à certains endroits. Elle fait corps avec le radius. Les plans superficiels sont mobilisables au-dessus de la tumeur. On sent au-dessus d'elle les tendons des muscles de l'avant-bras.

Les mouvements du poignet sont limités.

Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles, mais bien moins étendus que ceux du côté opposé.

Les mouvements de latéralité sont presque impossibles.

Quant aux mouvements de rotation, la malade les exécute très diffi-

cilement et encore sont-ils très limités. Les mouvements de pronation et de supination sont limités. Il est impossible à la malade de mettre sa main en supination complète; si on essaye de l'y porter, la malade souffre. Les mouvements de flexion des doigts ne sont point atteints, mais la malade n'a aucune force pour tenir un objet entre ses doigts.

La palpation de la tumeur est douloureuse surtout au niveau de l'extrémité inférieure du radius, au-dessus de l'apophyse styloïde. Du reste, cette partie osseuse est complètement enfouie dans la tumeur, qui fait corps avec elle.

Cette partie du radius est comme hypertrophiée.

Le cubitus ne paraît pas augmenté de volume, quoique la tumeur paraisse l'envahir; en effet, la saillie que fait l'extrémité inférieure du cubitus sur les téguments est moins nette, plus volumineuse, moins saillante et donne l'impression d'un empâtement.

La partie supérieure de la tumeur se trouve située à 15 centimètres au-dessous du pli du coude.

La partie inférieure de la tumeur se trouve située à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur du radius et remonte jusqu'à 4 travers de doigt (5 à 6 centimètres). La tumeur a donc trois travers de doigt de hauteur.

La circonférence du poignet est de 18 centimètres. Du côté opposé, au même niveau, cette circonférence est de 15 centimètres.

Au-dessus de la tumeur, atrophie marquée, 21 centimètres au lieu de 23 du côté sain.

Ganglions. On sent quelques petits ganglions non douloureux de l'aisselle.

L'état général paraît bon. Mais perte d'appétit. Amaigrissement depuis quelque temps.

Poumon. 0; cœur, 0; urine, 0.

Le 5 *avril*, opération. — *Résection de l'extrémité inférieure du radius; greffe d'un fragment du péroné.*

Détails de l'opération, recueillis par M. Fatou, externe du service. — M. Walther; aides, MM. Baumgartner et Haller; chloroforme après scopolamine.

Résection d'un sarcome de l'extrémité inférieure du radius.

Bras droit en pronation.

Incision longitudinale de la peau sur le dos du poignet et de l'avant-bras; on écarte le tendon du radial, on dégage les tendons des extenseurs que l'on relève en dehors. On met ainsi à découvert la face dorsale de la tumeur. On passe une scie de Gigli sous le radius, que l'on sectionne à 7 centimètres environ de l'interligne radio-carpien.

On se met en devoir de dégager la face profonde de la tumeur. En disséquant la gaine du long abducteur et du court extenseur du pouce, on constate qu'il y a un peu d'œdème dans la paroi de la gaine. On résèque cette portion suspecte, on désinsère le long supinateur, sur le bord radial; on repère le carré pronateur, sous lequel on passe le doigt pour amorcer le décollement du radius du côté de la face antérieure du poignet.

On sectionne transversalement la capsule articulaire au niveau de

l'interligne radiocarpien. On libère le long du cubitus. On sectionne au niveau de l'interligne radiocubital inférieur, on achève de sectionner la capsule radiocarpienne et on enlève la pièce d'un seul bloc.

Après les ligatures, on se propose de remplacer le fragment du

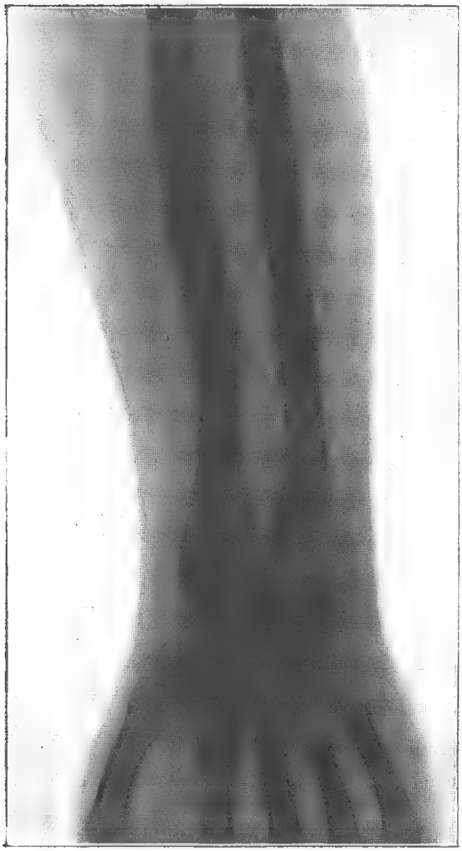




Fig. 7 et 8. — Etat actuel à l'ablation de l'appareil.

radius enlevé par un fragment équivalent de l'extrémité supérieure du péroné.

L'artère radiale a pu être conservée. On a simplement mis une ligature sur une éraflure qui a été faite au niveau de l'abouchement d'une de ses branches.

Résection de l'extrémité supérieure du péroné (M. Baumgartner). La portion réséquée est plus longue que la portion du radius qu'elle doit remplacer.

Après raccourcissement, on modèle à la pince gouge l'extrémité sec-

tonnée du fragment péronier de manière à garder sur cette extrémité une pointe osseuse en forme de cheville.

Cette cheville est enfoncée dans l'extrémité évidée du canal médullaire du radius.

Sutures : 3 catguts unissant les débris inférieurs de la capsule du carpe au périoste du péroné; 2 catguts cubito-péronniers.

Suture au catgut du périoste radio-péronnier. Suture de la peau au crin de Florence; 1 drain, avec fil d'attente. Application d'un appareil plâtré.

L'examen histologique fait à l'Institut Pasteur par M. Masson, dans le laboratoire de M. Borrel, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Suites de l'opération.

7 *avril.* — Gonflement des doigts et surtout du pouce, libération en excisant le plâtre. Avant-bras en élévation.

8 *avril.* — Pansement. On évide le plâtre pour découvrir largement le pansement. Aucun suintement. On enlève le drain. On noue le fil d'attente.

12 *avril.* — Vérification du pansement du bras. L'œdème a disparu, les fils ne sont pas tendus, ne coupent pas. Vérification au stylet entre deux points de suture, pas d'épanchement. Attouchement à teinture d'iode.

17 *avril.* — Enlèvement des fils du bras et de la jambe. Alcool, teinture d'iode, aucun suintement.

Depuis, suites excellentes.

Tous les matins, on fait faire à la malade des mouvements actifs et passifs des doigts, afin de mobiliser ses tendons et de prévenir l'ankylose des articulations des doigts.

3 *mai.* — Massage des muscles de la jambe.

Malade commence à se lever.

Points douloureux surtout au niveau du creux poplité de la face interne de la jambe et de la tête du péroné et de la partie antérieure du cou-de-pied, où on remarque une légère tuméfaction.

10 *mai.* — Malade a de la peine à se lever, douleurs dans les deux jambes, varices développées, légère phlébite variqueuse du côté gauche.

Avant-bras. Enlèvement du plâtre. La radiographie montre une légère déviation du fragment en dehors (angle ouvert en dehors avec radius), remplacement de l'appareil plâtré par appareil à deux attelles et compresses de flanelle graduées.

23 *mai.* — État parfait.

La consolidation semble complète.

La direction du fragment greffé est bonne.

La radiographie montre une correction très suffisante du déplacement angulaire qui avait été noté le 10 mai.

L'appareil à deux attelles avec compresses graduées a été maintenu jusqu'aujourd'hui.

Les doigts sont bien mobiles; mouvements de flexion et d'extension;

mais la flexion qui se fait très facilement pour la deuxième et la troisième phalanges se fait plus lentement, avec hésitation, pour la première phalange sur le métacarpe.

Un peu de raideur dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Les mouvements de flexion et d'opposition du pouce ont reparu depuis le dernier examen. Ils sont encore un peu limités et hésitants, mais en somme tous les muscles de l'avant-bras et de la main semblent fonctionner dans de bonnes conditions.

Le poignet n'est pas douloureux. On fait exécuter au corps des mouvements de flexion d'environ 20 à 30 degrés sur les os de l'avant-bras. La malade elle-même peut faire quelques mouvements d'une amplitude de 10 à 20 degrés.

La soudure du fragment greffé paraît solide. En imprimant avec précaution de très légers mouvements de rotation au poignet, on transmet intégralement le mouvement du fragment greffé à la tête du radius.

Sphacèle du lobe supérieur du poumon droit, consécutif à une pneumonie du sommet à forme adynamique; collection suppurée; incision, extraction en bloc du lobe sphacélé; guérison.

M. Lejars. — J'ai opéré le malade que voici d'un sphacèle pulmonaire dont l'étendue et les caractères m'ont paru intéressants. C'est un homme de quarante-trois ans, ébéniste, sans nul antécédent morbide, qui me fut confié, le 16 mars dernier, par mon collègue, M. le Dr Jacquet, pour un abcès du poumon droit.

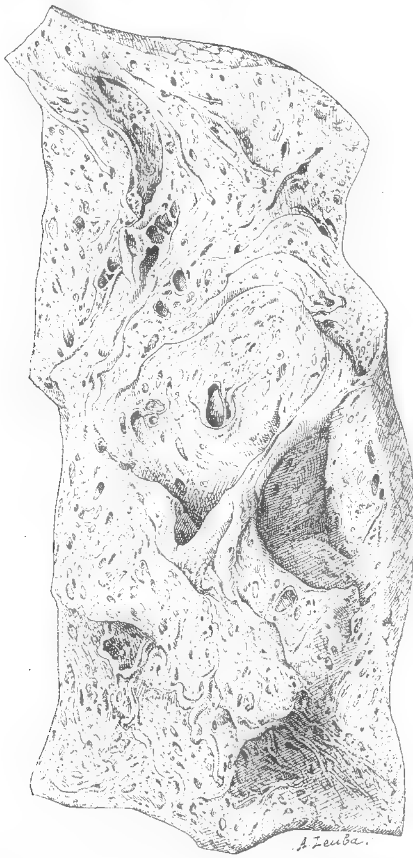
Il était entré le 20 janvier dans le service de M. Jacquet, et je dois à M. Routier fils, interne du service, tous les détails de l'observation médicale. Notre homme avait été admis sur le diagnostic de pneumonie du sommet droit, diagnostic qui fut pleinement confirmé.

La veille, il avait été pris d'un grand frisson et d'un point de côté haut placé à droite; tous les signes fonctionnels sont au complet; comme signes physiques, seules la palpation et la percussion montrent une exagération des vibrations et de la submatité au sommet droit; l'auscultation ne démontre rien.

On fait des enveloppements froids qui sont continués jusqu'au 25 janvier, date à laquelle la température est tombée au-dessous de 39 degrés; le malade est très abattu, très adynamique; le pouls et la respiration sont très accélérés.

On n'observe pas de défervescence franche, pas de phénomènes de crise nets; l'adynamie persiste, quoique la courbe thermique ait baissé d'un degré.

Les 4 et 5 février, la température remonte à 39 degrés, sans que l'on constate rien cliniquement; le 6, la température redescend au-dessous de 38 degrés, et se maintient entre 37 et 38 degrés les jours suivants. L'état général se relève peu à peu, le malade s'alimente et se reprend. Pourtant l'expectoration reste toujours aussi abondante que pendant le cours de la pneumonie; les crachats sont moins visqueux, moins



Lobe supérieur du poumon droit sphacélé (grandeur naturelle).

rouillés, plus purulents, sans être jus de pruneau comme dans l'hépatisation grise.

Vers le 15 février, le malade, en se réveillant un matin, rejete dans une quinte de toux une grande quantité d'un liquide nettement purulent; à dater de cette vomique, l'expectoration purulente continue, surtout le matin et le soir. La température remonte un peu et devient irrégulière. L'auscultation pratiquée en arrière et dans le creux axillaire ne donnait rien; en avant, dans la fosse sous-claviculaire, on entendait un souffle assez fort, accompagné de râles humides et de frottements.

L'examen radioscopique, pratiqué par M. Béclère, montra l'existence d'une collection liquide ou plutôt hydro-aérique au tiers supérieur du poumon droit, dans le voisinage de la scissure interlobaire supérieure.

Quand le malade fut transporté dans mon service le 16 mars, l'expectoration purulente était toujours considérable : 4 à 5 crachoirs étaient remplis journellement. La toux était fréquente et réveillait un point douloureux, à droite, en dessous et en dehors du mamelon.

A l'inspection, l'on ne relevait aucune déformation thoracique. En appliquant la main à plat sur la paroi latérale droite du thorax, sous l'aisselle, en faisant compter le malade, on percevait une augmentation nette des vibrations. En percutant dans la même zone, on découvrait à 4 centimètres environ au-dessous du sommet de l'aisselle et à 7 centimètres en dehors du mamelon, une aire mate très limitée. L'auscultation donnait, à ce niveau, un souffle intense, surtout expiratoire, et, tout autour, des râles bulleux.

J'intervins le 27 mars. D'après les résultats de l'exploration radioscopique, M. Béclère avait conseillé d'agir par l'aisselle. Le malade étant placé dans le décubitus latéral gauche, et le bras droit fortement relevé, je traçai dans l'aisselle, sur la partie thoracique latérale, une incision horizontale, légèrement arquée, à convexité inférieure, un peu au-dessous du point indiqué par la radioscopie. La 4e côte fut dénudée et réséquée sur 4 centimètres. J'arrivai alors sur une paroi pleuro-pulmonaire adhérente, épaisse, compacte ; une ponction ne donna rien, mais j'avais la sensation nette que le trocart se mobilisait dans une cavité. J'incisai donc, et j'ouvris effectivement une cavité assez large pour loger le poing, de paroi un peu irrégulière : un peu d'air en sortit, pas de liquide ; pourtant, avec des tampons montés, je ramenai un peu de pus épais de la profondeur, et je vis paraître alors à la plaie un bloc volumineux de poumon sphacélé ; avec une pince, il se laissa extraire en totalité.

Il mesurait au moins 7 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large ; il était flasque, grisâtre, mais on y reconnaissait au mieux le tissu pulmonaire. C'était le lobe supérieur sphacélé. J'ajoute qu'il dégageait une odeur fade, mais nullement l'odeur fétide de la gangrène anaérobique ordinaire.

La vaste cavité restante fut drainée, et la guérison s'est faite très simplement. Au bout de cinq semaines, la cicatrisation était complète. Notre opéré est aujourd'hui florissant.

Ce sphacèle en bloc, post-pneumonique, de tout un lobe, est une éventualité rare, qui vaut, je pense, d'être signalée.

Goitre exophtalmique. Extirpation d'environ la moitié du corps thyroïde. Apparition brusque post-opératoire du signe de Jellineck.

M. Tuffier. — La malade que je vous présente était atteinte d'un goitre exophtalmique, et sur ce point il faut bien préciser : il s'agissait d'un goitre basedowifié, c'est-à-dire d'une hypertrophie localisée primitive du corps thyroïde. Au moment de son opération, cette femme avait le teint du visage rose, coloré, et la peau normale. Or, pendant son séjour à l'hôpital, nous avons vu survenir chez cette femme *ce masque pigmentaire*, qui a persisté depuis.

Si je vous présente cette femme, c'est que vous connaissez certainement ce qu'on appelle le *signe de Jellineck* dans le syndrome de Basedow : c'est une pigmentation que l'on a comparée à celle de la maladie d'Addison et qui a son maximum de localisation *périorbitaire*. C'est là un signe de début moins constant qu'on ne l'a dit, et que l'on considère comme dû à un fonctionnement vicariant de la capsule surrénale. Il est probable que chez notre malade la synergie glandulaire thyro-surrénalienne a été brusquement troublée par la suppression partielle du corps thyroïde, et la pigmentation de Jellineck en serait une conséquence. Nous discutions dans l'avant-dernière séance les troubles trophiques dans les lésions glandulaires ; je crois que cette malade vient s'adjoindre aux faits signalés.

Présentation d'instrument.

Laparostat porte-valve.

M. Paul Segond. — L'écarteur que j'ai l'honneur de vous présenter a été imaginé par mon ancien interne Dartigues et construit sur ses indications par la maison Mathieu.

Cet instrument se manie très aisément ; il est aussi peu encombrant que possible, et, pour ma part, je n'en connais pas qui réunisse aussi parfaitement les avantages associés de la valve sus-pubienne et des écarteurs latéraux.

J'ajoute que la structure de cet ingénieux instrument, de ce *laparostat porte-valve*, ainsi que l'a baptisé son inventeur, est tout à fait originale et le distingue absolument de tous les instruments à destination similaire.

L'écartement transversal que le laparostat de Dartigues permet d'obtenir s'effectue, en effet, spontanément, sous la seule influence

de l'élasticité de l'acier. Il s'agit, en d'autres termes, d'un ressort qui, de lui-même, écarte les lèvres de la plaie abdominale dans les limites où les tissus peuvent se laisser distendre, et, grâce à la tige de renfort qui va d'une branche de l'instrument à l'autre, on peut maintenir inamovibles la distension et l'ouverture acquises.

Élection

d'une Commission chargée d'examiner une proposition de modification du règlement intérieur, signée de vingt-cinq membres de la Société.

Nombre de bulletins. . . . . 31.
Majorité absolue. . . . . 16.

Ont obtenu :

MM. Delorme	30	voix.	Élu.
Demoulin	25	—	
Faure	28	—	
Mauclaire	23	—	
Michon.	24	—	

M. LE PRÉSIDENT. — La Commission élue devra déposer son rapport dans la prochaine séance devant la Société réunie en Comité secret.

ERRATUM

Dans la dernière séance, M. TUFFIER. — « Des fractures obliques de la jambe » p. 674, ligne 11, *au lieu de* : à foyer fermé mais à ciel ouvert, *lire* : à foyer fermé ou à ciel ouvert.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 MAI 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Le volume XXVIII de *Transactions of the American surgical Association.*

3°. — M. le de Dr FOURMESTRAUX (de Chartres) envoie *deux observations de goître exophtalmique. Hémithyroïdectomie droite, ligature de l'artère thyroïdienne supérieure gauche. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

4°. — M. le Dr SALUTRYNSKI, de Genillé (Indre-et-Loire), adresse un mémoire illustré de figures sur les appareils qu'il emploie pour l'immobilisation des membres blessés et malades.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. GUINARD. — Je dépose sur le bureau un travail de M. le Dr J. de Fourmestraux (de Chartres), ayant pour titre : *Traumatisme abdominal violent, abcès appendiculaire. Intervention. Guérison.*

M. LE PRÉSIDENT. — Le travail de M. de Fourmestraux est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

M. POUSSON. — J'offre à la Société un exemplaire de la thèse de mon élève le Dr Jean FERRON, ancien interne des hôpitaux, actuellement mon chef de clinique, thèse intitulée : *Du fonction-*

nement du rein restant après la néphrectomie; étude expérimentale et clinique.

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse à M. Pousson les remerciements de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Ostéosarcome à cellules rondes de la diaphyse cubitale. Homogreffe avec le péroné. Insuccès.

M. MAUCLAIRE. — Dans la dernière séance, notre collègue M. Walther a présenté un cas de résection de l'extrémité inférieure du radius pour ostéosarcome avec greffe de l'extrémité supérieure du péroné. Voici un cas d'ostéosarcome de la diaphyse cubitale bien circonscrit comme le montre cette radiographie. Je l'ai opéré en juin 1910. J'ai enlevé la partie osseuse malade, la tumeur était bien circonscrite sans infiltration dans les parties molles voisines Après ablation, j'ai fait la résection de la diaphyse péronière sur une longueur semblable à la partie cubitale réséquée. Je n'ai pas fait de suture osseuse, mais j'ai mis une cheville dans le canal médullaire du péroné réséqué et, en haut et en bas, j'ai placé la tige d'ivoire dans la cavité médullaire des fragments cubitaux laissés en place. Cette fixation avec tige d'ivoire m'a paru suffisante.

J'avais mis la bande d'Esmarch; cela provoqua un hématome consécutif. J'ai dû desserrer la plâtre, le pansement et drainer. Puis, au bout de six semaines, la récidive néoplasique *in situ* était évidente.

J'ai dû faire l'amputation de l'avant-bras. Six mois après, le malade est revenu avec une récidive pulmonaire. Il s'agissait d'un *sarcome à petites cellules rondes.*

En résumé, ces homogreffes pour remplacer des segments osseux enlevés sont indiquées dans les formes bénignes de néoplasmes, quand on peut déterminer d'avance cette bénignité.

Cette question des greffes osseuses, homogreffes et hétérogreffes est très intéressante et très discutée actuellement un peu partout, au point de vue de ses indications et de ses résultats immédiats et éloignés ; c'est pourquoi j'ai tenu à publier mon observation, bien qu'il s'agisse d'un insuccès.

Sur le traitement des fractures obliques du tibia.

M. E. Quénu. — Je n'ai certes pas lieu de me plaindre que ma présentation d'un appareil destiné aux fractures de jambe d'une réduction difficile, ait entraîné la discussion jusqu'à mettre en parallèle le traitement des fractures par les appareils et le traitement par la méthode sanglante.

Pour défendre l'appareil de Lambret et justifier les perfectionnements que nous nous sommes efforcés de lui apporter, il fallait bien dire que, par les méthodes jusqu'ici décrites, la perfection est loin d'être atteinte.

Il est bien entendu, une fois pour toutes, que cette discussion ne vise que les fractures obliques de jambe ou, d'une manière plus générale, les fractures dont la réduction et la contention s'annoncent comme des plus difficiles.

Les uns, parmi vous, trouvent que même pour celles-là les appareils suffisent.

M. Moty nous déclare que, depuis qu'il a adopté, en 1909, un procédé qui consiste à fléchir le genou, il a toujours réussi à réduire facilement et sans chloroforme les fractures qui avaient offert ou semblaient devoir offrir de grandes difficultés de réduction. Je connais bien le procédé, je l'ai appliqué et j'ai présenté à cette Société, le 16 octobre 1901, deux malades traités par « l'immobilisation dans l'abduction de la cuisse avec flexion de la jambe ».

Je n'avais, du reste, pas la prétention d'être l'inventeur ni de l'idée ni de son exécution, et j'y voyais surtout le moyen d'obtenir une correction assez bonne dans la pratique courante de la chirurgie, mais de là à considérer le procédé comme le traitement par excellence des fractures obliques de jambe, il y a loin (1).

Avec MM. Routier, Picqué et Delbet, la note est différente.

Nous n'obtenons pas la réduction anatomique absolue, disent-ils, soit, mais ce qui importe, c'est le résultat fonctionnel.

Nous sommes donc d'accord, au fond, sur les difficultés, sur l'impossibilité même d'obtenir une bonne correction du déplacement et spécialement du chevauchement.

J'entends bien qu'on affirme que ce chevauchement, s'il n'est pas trop considérable, n'aurait pas une très grosse importance au

(1) En 1909, Hochenegg, dans son *Traité de chirurgie* (vol. II, p. 1107), conseille dans les fractures obliques de réduire, le genou et la hanche étant fléchis, puis d'établir l'extension continue, le genou restant fléchi; il ajoute une traction transversale pour lutter contre le déplacement, suivant l'épaisseur.

point de vue de la fonction, et que la correction capitale est celle de la déviation angulaire. Le déplacement suivant la direction prime le déplacement suivant la longueur. Cela est classique et indiscutable. Mais est-il sûr que la correction de l'angulation puisse toujours complètement s'obtenir sans la correction du chevauchement? Je ne le crois pas.

Maintes fois, je suis intervenu pour des fractures fermées dont le résultat me paraissait mauvais et pour lesquelles on avait fait de la réduction sous le chloroforme et appliqué un appareil plâtré; je n'ai pas souvent trouvé de chevauchement pur, c'est-à-dire de déplacement dans lequel les fragments auraient glissé parallèlement l'un sur l'autre; il y avait toujours une certaine déviation angulaire; je pense donc que la correction du chevauchement est dans une certaine mesure nécessaire sans être suffisante pour obtenir une correction parfaite de l'angulation, et ceci s'applique aussi bien aux fractures du fémur qu'à celles du tibia.

J'ai eu à soigner il y a deux ans un fracturé de cuisse auquel un de mes collègues avait appliqué avec son habileté ordinaire un appareil de Hennequin; l'absence de consolidation m'obligea d'intervenir et, comme dans la plupart de ces cas, j'eus de grandes difficultés à dégager le fragment inférieur qui s'enfonçait dans la masse des adducteurs pendant que le fragment supérieur faisait saillie en dehors; il y avait de l'angulation, malgré une extension continue prolongée. La persistance du chevauchement est encore passible d'un autre reproche grave, c'est d'être une cause principale de l'interposition musculaire; elle est en partie responsable enfin de productions osseuses désordonnées et inutiles, de formations osseuses autour des fragments et dans les muscles.

En résumé, j'ai la conviction qu'il faut porter au passif du chevauchement, non pas simplement un certain raccourcissement du membre, mais encore une correction imparfaite de l'angulation, l'exubérance du cal et enfin dans maint cas la pseudarthrose.

Je ne généralise pas, bien entendu, je commence à avoir assez d'expérience pour ne pas tomber dans ce travers, je dis que cela est vrai pour bon nombre de cas. Je conclus, avec MM. Tuffier, Thiéry, etc., qu'il importe beaucoup de corriger le chevauchement, qu'il est bon de rechercher la coaptation parfaite et qu'à défaut d'autres moyens la réduction à ciel ouvert est justifiée, pour un grand déplacement mal réductible, par les moyens ordinaires.

Il est quelques points sur lesquels je me sépare entièrement de MM. Thiéry et Tuffier, et il m'a paru qu'il ne fallait pas laisser passer sans discussion ce qu'ils ont dit sur le cal.

M. Thiéry dit que le cal n'est qu'une difformité, une monstruosité précieuse le plus souvent, *mais toujours vicieuse.*

Dans une fracture exactement coaptée, la réparation osseuse se ferait par une cicatrice linéaire, sans cal, et M. Thiéry invoque à l'appui de son dire la radiographie et la palpation! Mais il est bien connu que le tissu du cal ne vient pas en radiographie ou ne paraît que sur les très bonnes radiographies, et quant à la palpation, mes observations ne sont pas semblables à celles de Thiéry. Quelle est la définition du cal? mais c'est la cicatrice de l'os, et un cal n'est pas nécessairement exubérant ; il forme d'ordinaire une saillie, mais cette saillie n'est nullement fonction du chevauchement comme l'a prétendu M. Tuffier ; « la virole externe se développe surtout et souvent ne se développe que dans les cas de chevauchement des fragments » (Tuffier, p. 674). Mais vous faites donc abstraction de toutes les fractures sous-périostées des enfants et des jeunes gens? Chez les enfants, vous observez des fractures de la clavicule sans le moindre déplacement : l'enfant crie quand on lui met ou qu'on lui ôte son paletot. Vous palpez : il n'existe qu'un point douloureux, et pas la moindre déformation; six jours après, vous sentez une nodosité en virole.

En réalité, la formation osseuse qui constitue la virole externe est fonction du décollement périostique et non du déplacement.

Tuffier nous dit que si les deux os sont bien bout à bout, il ne se forme qu'un cal interfragmentaire réellement valable ! Je ne demande qu'à m'instruire : de quelles lectures, de quelles expériences, de quelles observations avez-vous tiré ces conclusions? Tuffier ajoute que les quelques expériences de Gosselin n'ont guère été répétées. Je l'engage à se documenter un peu plus et je me permets, en dehors d'innombrables mémoires, de lui signaler le travail considérable de Ziegler (1), de Tubingen, qui date de 1886, et celui de Cornil et Coudray (2), qui date de 1904.

De tous ces travaux, il résulte que si, dans la formation de la cicatrice osseuse qui est le cal, tous les éléments de l'os, périoste, mœlle et tissu osseux, prennent une part certaine, il en résulte aussi que la part prépondérante demeure acquise au périoste, comme l'avait démontré du Hamel dans son mémoire de l'Académie royale des Sciences, en 1741.

Les recherches de Cornil et Coudray confirment ce qu'on savait sur l'afirmation d'une substance unissante ostéo-fibro-cartilagineuse d'*origine périostique*, séparant les deux fragments comme un diaphragme et se laissant secondairement envahir par des bourgeons vasculaires venus à la fois du périoste, du tissu médullaire et de l'os.

(1) Ziegler. *Lehrbuch der speciellen path. Anat.*, 1886.
(2) Cornil et Coudray. *Journal d'Anat. et de Physiol.*, 1904.

Mais ici encore, dans le bourgeonnement vasculo-ostéoblastique, la prédominance reste au périoste. Nous en avons du reste tous les jours une démonstration évidente dans les exubérances osseuses, dans les semis d'ostéomes musculaires qui suivent un déchirement périostique, qu'il s'agisse d'une entorse, d'une fracture ou d'une luxation.

L'explication du prétendu retard de consolidation des fractures parfaitement réduites n'est donc pas là où la place M. Tuffier. La formation osseuse utile dépend au contraire de la conservation du périoste, il est probable qu'une certaine irritation de la membrane ostéogénique conservée est favorable à la production du cal ; le cal, n'est, en effet, qu'une ostéopériostite productive succédant à un premier stade court d'ostéite raréfiante.

Ainsi je ne suis pas du tout d'accord avec MM. Tuffier et Thiéry sur l'interprétation physiologique de la cicatrisation osseuse : ils s'écartent tous deux des données classiques, sans preuve et sans expérimentation. J'ai cassé des fémurs de cochons d'inde quand j'étais chef du laboratoire des hôpitaux, en 1879 et 1880 ; j'ai suivi jour par jour le processus de consolidation, je n'ai rien trouvé que de conforme à ce qu'avaient établi l'immense cohorte des expérimentateurs ; les travaux modernes ont complété et rajeuni la physiologie du cal, ils ne l'ont pas encore bouleversée.

Je m'excuse de cette digression pour revenir à la thérapeutique des fractures obliques de jambe.

En pratique, j'admets que pour une fracture oblique du tibia mal réduite, on ouvre le foyer, et qu'on fasse la réduction à ciel ouvert. Il ne faut pas oublier que, bien avant 1901, cette question a été discutée à la Société de Chirurgie. M. Thiéry écrit « qu'il croit avoir été un des premiers à Paris avec M. Tuffier à préconiser l'emploi systématique de la suture dans les fractures non ouvertes du tibia avec grand déplacement », mais il oublie le travail de M. Roux de Brignolles fils et le rapport de Nélaton qui date du 13 juin 1894. Il y est question d'une fracture oblique de jambe sans plaie, traitée par la suture, et le rapporteur n'hésite pas à défendre cette conduite en la présentant comme légitime et excellente.

Routier dit à ce propos qu'il y aurait souvent avantage à intervenir plus activement dans beaucoup de fractures de jambe ; Championnière se montre disposé à employer le mode de traitement préconisé par Roux de Brignolles dans toutes les fractures incommodes, à la clavicule, à la jambe, par exemple, où, ajoute-t-il, « nous avons souvent, quoique nous fassions, des résultats si peu satisfaisants ».

Le principe de l'intervention justifiable dans certaines fractures de jambes fermées est donc bien antérieur à 1900.

Ceci dit, je ne me refuse aucunement à reconnaître les efforts qu'ont faits Thiéry et Tuffier pour défendre et faire accepter la réduction à ciel ouvert de certaines fractures.

La difficulté pour cette question, comme pour la plupart des questions de chirurgie, réside toujours dans le choix des cas où l'opération serait à conseiller. A ce propos, je pense qu'il a dû se glisser une erreur de rédaction dans les chiffres de M. Tuffier; il nous dit « qu'il ne fait pas plus d'une dizaine de réductions sanglantes chaque année, ce qui équivaudrait, ajoute-t-il, à 10 ou 15 p. 100 des fractures obliques de jambe qu'il observe ». Il observerait donc annuellement de 100 à 150 fractures obliques de jambe ?

Quoi qu'il en soit, beaucoup d'entre nous, dans une mesure plus ou moins large, arrivent à cette conclusion que les appareils à extension continue sont insuffisants pour donner véritablement un bon résultat dans les fractures obliques du tibia.

La solution par la réduction à ciel ouvert, une fois acceptée, qu'on suture ou qu'on ne suture pas, qu'on mette ou ne mette pas de plaques ou agrafes, ou de fils ou de ligatures, ses partisans reconnaissent qu'il s'agit, suivant l'expression habituelle, d'une opération de grande chirurgie, qu'une asepsie parfaite est de rigueur et que la moindre faute est susceptible d'amener un désastre. Voilà qui est entendu.

C'est dans ces conditions que je suis venu défendre l'appareil de Lambret, j'ai tâché de le mettre au point, et son application m'a convaincu que cet appareil pouvait donner une solution élégante de la question, en n'apportant que des risques infimes et pour ainsi dire nuls.

M. Thiéry dit qu'il s'agit d'une opération de grande chirurgie parce qu'on passe des broches à travers l'extrémité supérieure du tibia et à travers le calcanéum ! Je puis lui assurer, de par mes observations et celles de Lambret, de par les applications que j'ai faites de l'appareil de Lambotte, de par les innombrables faits de ce dernier chirurgien, de par les innombrables applications de la méthode de Codivilla, que le fait de passer un clou ou une tige dans un os n'a aucune importance.

Le trou fait à la peau mesure moins d'un demi-centimètre, un brin d'ouate collé par de l'adhésol suffit comme pansement ; il n'y a ni suintement, ni tuméfaction, ni rougeur, ni élévation de température. L'indolence est remarquable. M. Moty m'a objecté que l'application de l'appareil devient une véritable intervention chirurgicale. J'assure M. Moty que pour une fracture oblique du tibia il est infiniment plus facile d'appliquer notre appareil qu'un appareil plâtré. Mes internes, le Dr Catz, qui m'ont vu l'employer

il y a quinze jours pour réduire une luxation du pied, ont été surpris de la simplicité et de la facilité des manœuvres. Passer une broche munie d'une vis de Lambotte à travers le tibia est chose réellement facile, il s'agit seulement de la passer au point convenable, et nous avons indiqué d'après des expériences cadavériques les résultats de nos observations à ce sujet. Quant la pose des tiges et à la manœuvre de la crémaillère, elles sont d'une simplicité enfantine ; ceux qui emploieront cet appareil auront, comme nous, l'impression d'une puissance de réduction absolue et d'une domination complète des muscles.

M. Tuffier nous reproche l'application de la tige inférieure sur le calcanéum, et il a, dit-il, inventé un appareil qui prend point d'appui sur les deux fragments dans le foyer de fracture ; ce serait cette application sur le calcanéum qui serait cause de la légère inflexion latérale observée sur l'un des deux cas que j'ai présentés ici.

Mais c'est là une erreur complète ; j'ai présenté les radiographies de deux malades : chez l'un d'eux, la broche inférieure a été passée dans le calcanéum ; le résultat radiographique a été parfait.

Chez l'autre, j'ai placé la broche dans l'extrémité inférieure du tibia ; il y a eu inflexion latérale. Je pourrais donc dire, contrairement à M. Tuffier, que c'est parce que j'ai placé ma broche dans le fragment inférieur que j'ai eu de l'inflexion. J'ai d'ailleurs insisté sur ce point dans ma communication, et si j'avais délaissé le calcanéum dans ma deuxième observation c'est parce que les attelles étaient de longueur insuffisante : je ne disposais toujours que de l'ancien appareil Lambret.

Le seul moyen de lutter efficacement contre l'action puissante des muscles postérieurs, c'est d'agir sur l'extrémité postérieure du levier caléanéen et c'est là une raison dont l'importance prime toutes les autres.

Les points d'appui étant pris comme je l'ai indiqué, l'écartement des fragments chevauchés se fait sans bascule du pied, et lorsque ces fragments sont bout à bout, lorsque la force qui tend à les chevaucher est annihilée, leurs extrémités n'ont que peu de tendance à s'infléchir, il suffit d'une pression douce, minime, pour obtenir une correction absolue. Il n'y a donc à ce point de vue aucune comparaison à faire avec les corrections que les chirurgiens ont cherché à réaliser, la jambe étant dans un appareil plâtré, soit avec des lacs, des bandes de diachylon ou même la pointe de Malgaigne. La correction parfaite du chevauchement et le maintien parfait de cette correction permettent d'ajouter aisément la suppression de l'angulation ; en d'autres termes, la correction du chevauchement favorise la correction de l'angulation. Je crois

donc pouvoir rassurer M. Thiéry à ce sujet, et je me permets encore d'insister sur ce point, c'est que les deux malades que je vous ai présentés ont été traités avec l'appareil primitif de Lambret, avec son application difficile et ses imperfections.

Un dernier point a été touché par M. Tuffier. Il se pose cette question : la réduction du chevauchement, en admettant qu'elle arrive a être parfaite, abrège-t-elle la durée du traitement? Et cela que vous ayez ouvert ou non le foyer de fracture? et M. Tuffier répond : non seulement il ne l'abrège pas, mais il l'augmente. Je m'inscris absolument contre cette proposition, elle n'est vraie, peut-être, que si vous l'appliquez aux fractures ouvertes et incisées, elle est fausse pour les fractures fermées.

Sans doute une fracture avec chevauchement s'accompagne de formations osseuses considérables, mais ce n'est pas le chevauchement qui crée de l'ostéogenèse; c'est l'irritation périostique excessive provenant du décollement et de la déchirure de l'enveloppe fertile de l'os, le chevauchement n'est qu'une conséquence, un effet et non une cause, et vous pouvez le corriger sans toucher à cet autre effet parallèle, la production osseuse.

La différence c'est que, le chevauchement réduit, vous aurez une ostéogenèse non désordonnée, moins exubérante, moins frappante, pour vos sens, mais plus utile pour le résultat à obtenir.

Si nous passons du domaine spéculatif dans le domaine des faits, comment établissez-vous que votre fracture oblique réduite sans opération a mis plus de temps à guérir qu'elle n'aurait mis autrement.

Je vous ai présenté le 21 février un malade atteint de fracture oblique avec chevauchement; âgé de cinquante-cinq ans, il a marché au bout de quarante jours. Employé chez un petit marchand de charbons, il a quitté l'hôpital au bout de cinquante jours pour remplacer son patron malade, se levant à 5 heures 1/2 du matin pour servir les pratiques.

En résumé, je maintiens mes conclusions : je pense que l'appareil de Lambret modifié permet de mieux réduire les fractures de jambe de traitement difficile, que son application constitue une opération de petite chirurgie, facile, sans risques, aucunement comparable aux opérations de réduction à ciel ouvert.

M. Tuffier. — Je n'ai entendu que la fin du discours de M. Quénu et j'aurais désiré répondre dans la prochaine séance; notre Président désire clore la discussion et me demande d'être bref. Je voudrais donc demander seulement à M. Quénu sur combien d'observations il a basé son mémoire. Car dans toute cette discussion il faut revenir aux faits. Il s'agit des fractures obliques

fermées de la jambe. On nous apporte *deux* cas et de ces deux cas présentés par M. Quénu l'un est défectueux. Je trouve vraiment cela insuffisant, puisque pour juger la méthode de Lambret pure ou modifiée nous n'avons pas d'autre document.

M. Quénu. — M. Tuffier nous a dit que, d'une façon générale au moins, sinon spécialement dans les fractures de jambe, une fracture fermée, parfaitement réduite, exactement coaptée, se consolide moins vite qu'une fracture s'accompagnant de chevauchement.

J'estime que c'est là une erreur et que cette affirmation ne repose sur aucune base scientifique.

M. Tuffier m'objecte le petit nombre de mes faits personnels. Je n'ai actuellement que deux observations à vous présenter; c'est vrai et je le regrette. J'aurais voulu vous en apporter un plus grand nombre. L'occasion ne s'en est pas encore présentée, mais elle se présentera certainement.

M. Tuffier. — M. Quénu n'a apporté que deux observations; et encore une seule d'entre elles est-elle favorable à la méthode, puisque, dans l'autre cas, le résultat est imparfait; il est resté une inflexion latérale.

M. Quénu. — Je considère ce second cas lui-même, contrairement à M. Tuffier, comme tout à fait favorable à la méthode. La légère imperfection relevée n'est pas due à la méthode que je défends. Cette imperfection était bien légère, puisque le raccourcissement était de un demi-centimètre, et j'ai expliqué qu'elle était due à ce fait que j'ai dû passer la broche inférieure dans le tibia au lieu de la passer dans le calcanéum.

M. Paul Thiéry. — Je regrette de prolonger encore la discussion, mais M. le Professeur Quénu m'a fait l'honneur de me citer et de m'argumenter si copieusement que je dois répondre quelques mots.

M. le Professeur Quénu me reproche d'avoir écrit que j'avais été un des premiers à Paris avec M. Tuffier à préconiser la suture dans les fractures de jambe fermées à grand déplacement. Je ne cherche pas à établir une question de priorité, et j'avoue avoir omis le travail de 1894 auquel M. Quénu fait allusion. De ce que mon travail a été publié en 1901, il ne s'ensuit pas que mes opérations datent de cette époque; elles sont bien antérieures ainsi que celles de M. Tuffier (1896, je crois, n'ayant pas de documents sous les yeux), mais je pourrais écrire encore aujourd'hui cette phrase, car Tuffier et moi sommes et restons les premiers à défendre cette méthode de traitement des fractures, et la meilleure preuve que

j'en puisse donner, c'est que près de dix-sept ans après le travail de 1894 qu'a cité M. Quénu, nous sommes encore à peu près les seuls à défendre la suture devant la Société de Chirurgie.

J'ai aussi eu tort, dit l'orateur, de qualifier l'application de l'appareil de M. Lambret de procédé de *grande chirurgie*. Il m'a semblé qu'un procédé qui consiste à forer deux os, à y placer des broches, le tout sous anesthésie générale, n'est pas du domaine de la petite chirurgie. Il y a la grande et la petite chirurgie : je consens à admettre qu'il s'agit d'un procédé de *moyenne chirurgie* — concession qui peut nous mettre d'accord, — mais certainement pas d'un procédé de « toute petite chirurgie », comme l'a dit M. le professeur Quénu ; il ne confierait certainement pas l'application de l'appareil de Lambret, à l'un de ses externes qualifiés pour faire la petite chirurgie de service, et bien des médecins reculeraient devant cette manœuvre.

Enfin il reste un troisième point de litige. M. Quénu me fait observer que je n'ai pas le droit de nier la présence d'un cal après ligature par suite de l'absence de cal visible à la radiographie ou perceptible à la palpation. J'ai dit que depuis Destot nous savons qu'un cal *peut* rester longtemps transparent à la radiographie, mais Destot n'a pas dit que cela fût constant. Or, si je vois fréquemment un cal appréciable sur la radiographie des fractures traitées par les appareils ordinaires, comment se fait-il que ce cal ne m'apparaisse jamais sur les fractures correctement ligaturées? Il y a là plus qu'une coïncidence. De plus, la palpation d'un os aussi superficiel que le tibia est facile : si donc je suis la crête du tibia, si prenant la face interne de l'os entre le pouce et l'index je trouve un os si régulier qu'il m'est impossible de le différencier d'un tibia normal, j'ai le droit de dire (je ne nie pas la cicatrice osseuse sans laquelle il n'y aurait pas de consolidation) que le cal, au sens clinique du mot, n'existe pas, et je maintiens qu'ainsi compris le cal est une production anormale résultant de l'absence de coaptation exacte des fragments et donne la preuve d'une réduction imparfaite.

M. Quénu. — Nous ne sommes pas, M. Thiéry et moi, d'accord sur l'expression de « grande chirurgie ». Je pense que toute opération qui ne peut, par elle-même, entraîner la mort ou altérer la fonction du membre n'est pas de grande chirurgie. Le fait de l'anesthésie à employer ne change rien à cette façon de voir. Vous usez bien de l'anesthésie pour réduire à l'occasion une fracture et vous ne dites pas que c'est là de la grande chirurgie. Quant au cal, c'est la cicatrice osseuse. Cette cicatrice peut se faire sans exubérance : il n'y en a pas moins cal. Le périoste peut être

intact ou déchiré. Est-il intact, cette membrane fertile garde sa semence osseuse à l'intérieur, et il existe une virole dont l'importance est en rapport avec l'étendue du décollement périostique.

Le périoste est-il déchiré, soulevé, déplacé, comme il arrive dans les chevauchements, la semence osseuse est alors diffusée, et le cal est exubérant.

Dans les deux cas, le processus est le même.

M. le Président. — La discussion sur le traitement des fractures obliques de jambe est close.

Communications.

Trois cas de calculs du rein et du bassinet traités par la néphrotomie et guéris sans fistules consécutives,

par M. POUSSON (de Bordeaux).

La question des voies d'extraction des calculs du rein est et demeure à l'ordre du jour depuis quelques années, et il semble résulter des travaux, communications et discussions auxquels elle a donné lieu que la néphrotomie doive céder le peu à la pyélotomie. Tout en partageant cette manière de voir de la grande majorité des chirurgiens, je crois néanmoins qu'il est des circonstances de siège, de nombre, de volume, de forme et de connexions des concrétions, dans lesquelles l'extraction à la faveur de l'incision transrénale présente plus de garanties que celle effectuée par l'ouverture du bassinet.

Il y a deux ans, j'ai eu l'honneur de discuter devant vous les indications respectives de ces deux voies opératoires en m'appuyant sur l'étude analytique de 30 faits personnels; y revenir serait abuser de votre attention.

Mon but est de vous rapporter trois observations de calculs du rein suppuré traités avec succès et sans fistule consécutive par la néphrotomie. C'est en effet surtout le traitement chirurgical de la lithiase rénale septique qui prête encore à discussion, et voilà pourquoi j'ai cru de quelque utilité de verser aux débuts ces trois faits.

Dans la lithiase suppurée comme dans la lithiase non suppurée, la pyélotomie est incontestablement le procédé de choix, mais dans certains cas la néphrotomie et même la néphrectomie sont les seules opérations susceptibles de remplir les indications. Ces indications gisent dans l'état des calices et du bassinet, dans les lésions du rein, et surtout dans le volume, la configuration et les connexions du calcul.

Lorsque les calices et le bassinet distendus ou non contiennent des concrétions uniques ou en petit nombre, que leur surface, bien qu'irrégulière, ne présente pas de prolongements susceptibles de se briser et de passer inaperçus, tous caractères sur lesquels la radiographie préopératoire fournit les renseignements les plus précieux, aucune autre opération ne saurait être mise en balance avec la pyélotomie. Non seulement les concrétions peuvent être extraites dans leur totalité et à peu de frais par l'incision du bassinet, mais encore l'infection des annexes du rein peut être victorieusement combattue par des lavages et un drainage suffisamment prolongé. Celui-ci supprimé une fois la désinfection effectuée, l'ouverture du bassinet se ferme d'elle-même à moins que l'abouchement défectueux de l'uretère crée un cul-de-sac dans lequel stagne l'urine ou que l'oblitération partielle ou totale de ce conduit gêne son écoulement.

Lorsque les concrétions sont volumineuses et ramescentes, occupant par leurs nombreuses branches la plupart des calices et se prolongeant même dans le parenchyme rénal qu'elles ont refoulé en s'y creusant des loges, aux parois desquelles elles adhèrent quelquefois très fortement, l'incision simple postérieure du bassinet offre une voie d'extraction insuffisante et il est nécessaire d'y joindre des ouvertures complémentaires sur un plus ou moins grand nombre de calices et sur le rein lui-même. Cette pyélotomie atypique associée ou non à la néphrotomie suivie d'un bon drainage peut encore se terminer par la guérison sans fistule. Mais cette complication, que la mise à demeure d'une sonde dans l'uretère à l'aide du cathétérisme endoscopique a rendu moins fréquente, s'observe encore assez souvent pour exiger tôt ou tard une néphrectomie secondaire. C'est pour éviter cette opération itérative toujours pénible à proposer et souvent rendue difficile par les adhérences aux organes voisins créés par la périnéphrite que certains chirurgiens ont conseillé de pratiquer d'emblée l'extirpation du rein lithiasique.

Cette opération radicale a été également préconisée dans les cas où le calcul est franchement rénal, qu'il y ait pris naissance de toutes pièces, chose rare mais possible, ou que, développé d'abord dans le bassinet ou les calices, il ait pénétré sa substance qu'il incruste, hypertrophie et déforme. Cette augmentation de volume, cette déformation ne sont pas d'ailleurs le fait exclusif de la concrétion; souvent, en effet, il existe dans le parenchyme des foyers de suppuration, abcès uro-purulents saillant pour peu qu'ils soient volumineux à la surface du rein. Ce sont ces collections impossibles à ouvrir et à drainer efficacement qui, bien plus encore que le volume et les connexions du calcul, ont conduit à

recommander la néphrectomie primitive. On peut évidemment y avoir recours sans danger immédiat, lorsque les modes variés d'exploration du rein opposé au point de vue anatomique et fonctionnel indiquent son intégrité, et dans la communication que je vous faisais il y a deux ans, je me rangeais à cette opinion.

Mais la lithiase étant le plus souvent d'origine essentiellement diathésique, il faut toujours craindre qu'alors qu'elle ne manifeste ses effets que sur un seul rein au moment où l'on est appelé à intervenir, elle frappe ultérieurement son congénère. Et qui sait si ce risque n'est pas d'autant plus à redouter que le rein restant devant fournir par suractivité fonctionnelle à l'élimination des substances constitutives de l'urine physiologique est en outre traversé par la totalité des matières lithogènes que ne cesse de fabriquer l'organisme?

Pour cette raison, à moins d'indications formelles et absolues, comme des accidents septicémiques que les incisions du rein les mieux combinées pour donner issue à la suppuration ne semblent pas pouvoir conjurer, la chirurgie du rein lithiasique infecté doit être par-dessus tout conservatrice. La pyélotomie ou la néphrotomie isolées ou combinées l'une à l'autre donnent parfois à cet égard des résultats inattendus, et l'on peut voir des bassinets aux parois meurtries et contuses par la prolongation et la répétition de manœuvres d'extraction de calculs volumineux et irréguliers et des reins tailladés et réduits à l'état de véritable loque cicatriser leurs blessures au point de ne donner lieu à aucune fistule consécutive et de récupérer l'intégrité de leur fonction.

Les trois observations suivantes sont des exemples démonstratifs des succès thérapeutiques inespérés que l'on peut obtenir à la suite de la néphropyélotomie dans des cas de lithiase infectée avec lésions profondes et étendues du parenchyme.

Obs. I. — *Calculs du bassinet et du rein infectés. Pyélonéphrotomie. Fermeture de la plaie, qui se rouvre quatre mois après, puis se ferme définitivement. Guérison depuis vingt mois.*

Mme L..., cinquante-quatre ans, dont le père a été opéré d'anurie calculeuse, est elle-même graveleuse depuis plus de vingt ans, et a rendu des graviers à diverses reprises. Durant cette longue période, elle a consulté divers médecins, soit à Paris, soit en province, pour des douleurs à peu près continues, mais s'exaspérant par les mouvements de la marche et de la voiture.

En 1898, je l'ai vue en consultation avec deux chirurgiens de Bordeaux. Elle était à ce moment très amaigrie, très affaiblie, se plaignant d'une douleur persistante, profonde et contusive dans le flanc gauche, où l'on sentait une tumeur volumineuse, globuleuse, en contact avec la région lombaire, qui ne pouvait être que le rein.

D'ailleurs, les urines étaient fortement purulentes et teintées de sang. Nous portâmes le diagnostic de pyélonéphrite calculeuse, et conseillâmes une intervention chirurgicale qui fut refusée.

Depuis cette époque, je n'ai pas perdu la malade de vue, et j'ai assisté à des épisodes divers dans l'évolution de son affection.

A certains moments, pendant une période de un à deux mois, particulièrement à la suite d'un traitement hydro-minéral à domicile ou dans une station, les urines, sans cesser de renfermer du pus, s'éclaircissaient considérablement, mais les douleurs spontanées et provoquées persistaient.

En 1904, au mois de mars, la malade, qui avait repris quelques forces et un peu d'embonpoint, eut des crises de douleurs violentes suivies de puyurie abondante avec accès de fièvre qui la plongèrent dans un état de faiblesse alarmant.

A ce moment, la malade m'ayant demandé de l'opérer, je refusai, tant me parut grave sa situation. Cependant, peu à peu sa santé se releva et elle revint à son état antérieur : douleurs habituelles mais tolérables dans la région lombaire gauche, tumeur volumineuse, pyurie, quelquefois même hématurie.

En février 1909, Mme L..., voyant que les diverses médications qui lui ont été conseillées par un grand nombre de médecins consultés ont été inefficaces, se décide à une opération.

L'analyse globale des urines, dont le dépôt abondant mesure environ le cinquième de la hauteur du liquide, indique une élimination de l'urée et des autres sels un peu au-dessous de la normale, avec 1 gr. 25 d'albumine provenant du pus : au microscope, nombreux leucocytes et hématies, cellules du bassinet et de l'uretère, cristaux d'oxalate de chaux et ammoniaco-magnésiens, colibacilles. La malade, très craintive et qui consent à peine à ce qu'on palpe ses lombes et son abdomen, se refuse à toutes explorations endovésicales, séparation des urines, cathétérisme des uretères. Je dois me contenter, pour tout moyen d'appréciation de la valeur fonctionnelle des reins, de l'épreuve du bleu de méthylène, qui donne des résultats satisfaisants.

Opération. — Le 29 mars 1909, après chloroformisation, j'ouvre la loge lombaire gauche et découvre de suite le rein entouré de périnéphrite scléreuse, que je parviens malgré cela à extérioriser sans trop de difficultés.

Il apparaît alors volumineux et bosselé à son pôle inférieur; le bassinet et les calices ne sont pas distendus, mais, en les palpant, on sent une résistance traduisant la présence d'une concrétion dans leur intérieur; de même la palpation du rein donne au niveau des bosslures une sensation de dureté calcaire. J'incise d'abord le bassinet en arrière sur la concrétion elle-même et par cette incision j'enlève, en m'aidant des tenettes et des doigts, un calcul noirâtre en forme de rostre à son extrémité inférieure et présentant à l'extrémité opposée quatre prolongements du diamètre du petit doigt, brisés à 1 ou 2 centimètres du corps du calcul. En vain, j'essaie d'extraire par l'ouverture du bassinet les segments incrustés dans le tissu rénal, et je suis obligé,

pour y parvenir, de fendre le rein lui-même dans sa moitié inférieure. Je constate alors qu'en outre de ces ramifications, il existe encore de petits calculs arrondis inclus dans des cavernes correspondant aux bosselures soulevant la surface du rein. Après m'être assuré par une palpation attentive qu'aucune concrétion ne reste dans le rein et ses annexes, et lavé la plaie viscérale à l'eau oxygénée, je place une sonde de Pezzer dans le bassinet, sonde qui sort par l'angle supérieur de l'incision rénale, et je suture au catgut au-dessous d'elle les deux lèvres du rein et celles du bassinet. Le viscère étant réintégré dans sa loge, celle-ci est drainée à l'aide d'une mèche de gaze, et la paroi lombaire est suturée plan par plan.

Suites et résultats opératoires. — Bien que la malade soit profondément abattue par le choc opératoire, que son pouls soit petit, presque imperceptible et fréquent, que sa température s'abaisse à 35°5, elle se relève petit à petit grâce aux injections de sérum-caféine et est hors de danger au cinquième jour. Ses urines, qui ont été rares (500 à 600 centimètres cubes) pendant les premiers jours, montent à 1.000 centimètres cubes et au-dessus.

D'abord, il passe très peu d'urine par la sonde rénale et le pansement lui-même est peu mouillé, mais à l'enlèvement de la mèche, le sixième jour, il s'écoule un flot de pus et d'urine, et les jours suivants cet écoulement souille le pansement de telle sorte qu'on est obligé de le changer soir et matin. Au vingtième jour, l'écoulement commence à diminuer, et, lorsque dans la journée la malade se tient assise dans son lit, il est presque nul.

A ce moment, Mme L... commence à se lever et à rester sur un fauteuil quelques heures dans l'après-midi.

Le 10 mai, un peu plus de sept semaines après l'opération, la plaie est complètement cicatrisée. Les urines sont louches, mais elles forment un dépôt peu abondant, à peine 1 centimètre. Sous l'influence de boissons abondantes et de l'urotropine, ce dépôt diminue assez rapidement et il est presque nul lorsque la malade sort de la maison de santé, le 29 mai.

Pendant quatre mois, la malade va très bien, ses urines, quoique toujours louches, ne forment pas de dépôt, et on peut la croire définitivement guérie. Mais au commencement d'octobre, elle est prise tout à coup d'une douleur violente dans la région lombaire gauche en même temps que sa température s'élève à 39°5.

Cette douleur persiste, quoique atténuée, les jours suivants, de même que la fièvre, et peu à peu la région lombaire se tuméfie, devient rouge et œdémateuse, la cicatrice se tend et éclate spontanément à son angle supérieur et en son milieu, laissant passer un flot de pus et d'urine. La fièvre, à partir de ce moment, cesse complètement, la douleur disparaît et l'état général redevient bon. Cependant cette rupture de la cicatrice rénale est lente à se cicatriser et ce n'est qu'au bout de six semaines que le fermeture de la plaie est complète.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis vingt mois, la guérison persiste. La malade a récupéré de l'embonpoint et des forces, son teint a repris des

couleurs. Ses urines sont légèrement louches, mais ne déposent pas : légère polyurie, 1.500 à 1.800 centimètres cubes; urée, 18 grammes; chlorure, 6 grammes; albumine, 0 gr. 12; nombreux leucocytes, pas d'éléments rénaux, quelques colibacilles.

Obs. II. — *Calculs intrarénaux suppurés. Néphrectomie. Accidents infectieux généralisés très graves (empyème) après l'opération. Guérison depuis deux ans.*

Mme P..., trente-huit ans, ne présente aucun antécédent d'arthritisme ou de gravelle. Sa santé a toujours été délicate, cependant elle n'a jamais eu de maladies graves; mariée à l'âge de vingt-quatre ans, elle a eu deux ans après une grossesse parfaitement normale. Quelque temps après, elle a commencé à souffrir du rein gauche de façon continue sans exaspération, et en même temps ses urines sont devenues troubles, sans fréquence ni douleur des mictions. Depuis ce moment elle a été traitée par différents médecins pour de la pyélonéphrite. Malgré la pyurie et les douleurs rénales à gauche, sa santé générale se maintenait assez bonne, lorsqu'il y a environ deux ans elle a été prise d'accès de fièvre répétés, avec augmentation des douleurs et apparition d'une volumineuse tumeur dans le flanc gauche. Un médecin consulté à ce moment a porté le diagnostic de tuberculose rénale et prescrit un traitement antibacillaire. Ce traitement n'a produit aucune amélioration; toutefois les accidents aigus se sont calmés, pour reprendre de temps à autre.

Lorsque je vois Mme P... pour la première fois, elle est très pâle, très amaigrie et a l'aspect cachectique. Inappétence, langue rouge, petite fièvre tous les soirs. Ses urines contiennent une grande quantité de pus; pas de douleur, ni de fréquence des mictions. Dans le flanc gauche, je constate la présence d'une énorme tumeur descendant en bas, presque jusqu'à la crête iliaque, et atteignant le rebord du muscle grand droit en dedans. Elle est lisse, régulière à sa surface, en contact lombaire. Il s'agit bien évidemment d'une tumeur rénale, d'une pyonéphrose, mais je n'ai pas l'impression d'être en présence d'une infection par le bacille de Koch et j'incline plutôt vers une infection lithiasique suppurée.

L'analyse des urines globales indique une quantité d'urée et de chlorures se rapprochant de la normale (urée, 18 grammes; chlorures, 6 grammes); albumine, 1 gr. 50 provenant principalement du pus, cristaux d'oxalates de chaux et d'urates irréguliers, très grande quantité de colibacilles et de cocci divers. La malade se refuse à la cystoscopie et à la séparation des urines. Comme il y a urgence à ouvrir le rein, je n'insiste pas, mon intention n'étant que de faire une néphrotomie, quitte à compléter plus tard la cure par une néphrectomie secondaire.

Opération. — Le 4 juin, sous le chloroforme, incision de la région lombaire. Le rein, volumineux, entouré d'une gangue épaisse et dense de périnéphrite, est amené à l'extérieur avec quelque difficulté. Il est irrégulier à sa surface, présentant trois ou quatre grosses bosselures à

parois minces, blanchâtres, rappelant les abcès tuberculeux intraparenchymateux. Le bassinet et les calices ne sont pas dilatés et leur palpation ne me fait pas constater de concrétions dans leur intérieur.

Le rein fendu sur son bord convexe, et deux des bosselures précédemment signalées étant ouvertes par cette incision, il s'en échappe une certaine quantité de liquide uro-purulent, et le doigt introduit ramène deux calculs irrégulièrement arrondis, rugueux et noirs à leur surface, rappelant ainsi de petites truffes. Explorant alors avec le doigt le bassinet, je ne trouve rien, mais dans l'intérieur même du parenchyme je sens deux autres concrétions que j'extrais des cavernes qui les renferment. Je mets une sonde de Pezzer dans le bassinet et je suture les deux valves du rein l'une à l'autre à l'aide de quatre à cinq points de catgut; drainage à la gaze de la loge rénale et suture de la paroi lombaire.

Suites et résultats opératoires. — La malade, très affaissée pendant les huit premiers jours, commençait à se relever, lorsqu'au quatorzième jour elle fut prise d'ostéopériostite du maxillaire inférieur revêtant de suite un caractère de gravité excessive tant par l'intensité des phénomènes locaux que par celle des troubles généraux. Quelques jours après, il se développa un phlegmon sous-maxillaire, qui fut ouvert. Durant quelques jours, l'état s'améliora; mais bientôt la malade commença à avoir de la dyspnée, en même temps que des douleurs dans le côté droit, et à l'auscultation on constata l'existence d'un épanchement dans la plèvre. Une ponction pratiquée le 3 juillet donna issue à 300 grammes de liquide. Très rapidement, l'épanchement se reproduisit et le 8 juillet on dut pratiquer l'empyème. Mme P... était à ce moment dans un état tout à fait alarmant et demeura encore très gravement menacée pendant une douzaine de jours, mais à partir du 20 juillet la suppuration commença à se tarir, les phénomènes stéthoscopiques s'améliorèrent, la fièvre tomba et l'état général se releva. Assez rapidement la malade se rétablit et quitta la maison de santé le 3 août, juste deux mois après sa néphrolithotomie.

Pendant le temps qu'évoluèrent les accidents infectieux du côté de la plèvre, la plaie opératoire lombo-rénale ne parut pas en ressentir le retentissement. Une certaine quantité d'urine purulente s'écoula d'abord par une sonde placée dans le bassinet, et la loge lombaire fut le siège d'une abondante suppuration qui commença à se tarir en même temps que la suppuration de l'abcès sous-maxillaire et de la plèvre. La sonde rénale fut supprimée le 20 juillet et, quelques jours après, il ne passait plus qu'une très faible quantité d'urine par la plaie. Les urines émises par les voies naturelles étaient troubles, mais ne formaient qu'un très faible dépôt par le repos.

Rentrée chez elle, à la campagne, Mme P... récupéra rapidement ses forces et prit de l'embonpoint. Le 8 octobre, ses règles, qui, dix-huit mois avant l'opération, avaient cessé complètement, reparurent et sont venues régulièrement depuis. Ses urines se sont éclaircies rapidement sous l'influence de l'urotropine et des boissons abondantes, et ont repris leur composition ordinaire.

Actuellement, deux ans après l'intervention, la malade est dans un état de santé parfaite. Les urines, m'écrit le mari de la malade la semaine dernière, sont toujours très claires et ne présentent que des traces d'albumine. Il persiste encore une petite fistule lombaire, donnant quelques grammes de pus par jour, mais pas une goutte d'urine.

OBS. III. — *Calculs du rein avec prolongement dans le bassinet. Cavernes intra-rénales. Néphrotomie et pyélotomie. Guérison sans incident.*

M. de G..., soixante-quatre ans, ayant séjourné en raison de ses fonctions dans divers pays du globe, présente depuis près de trente ans des signes de lithiase rénale caractérisée dans les premiers temps par des coliques néphrétiques avec expulsion de petits graviers, mais depuis une quinzaine d'années les crises néphrétiques ont disparu et ont été remplacées par des douleurs sourdes et continues dans la région lombaire droite, s'aiguisant par la marche, l'exercice, la voiture. Le malade a considérablement maigri, il est jaune terreux, très affaibli, d'aspect cachectique. Ses digestions se font mal, et il a consulté un grand nombre de médecins, qui l'ont traité pour une affection de l'estomac.

Lorsqu'il vient me consulter, je constate dans le flanc droit l'existence d'une très volumineuse tumeur ayant vaguement la forme du rein, très dure, irrégulière et bosselée à sa surface. Sa palpation est douloureuse de même que celle de l'uretère correspondant. Pas de troubles fonctionnels de la vessie, mais les urines sont fortement purulentes et forment un dépôt très abondant. Une radiographie montre l'existence d'une série de calculs volumineux contenus dans le bassinet et le rein lui-même.

L'analyse des urines globales indique que la proportion de l'urée, des chlorures et autres sels est sensiblement normale, mais qu'il existe une assez grande quantité d'albumine (1 gr. 70) provenant du pus; nombreux leucocytes et quelques hématies, colibacilles en très grande quantité. L'examen des urines séparées obtenues par le cathétérisme urétéral donne :

	REIN GAUCHE	REIN DROIT
	—	—
Quantité . . .	10 cent. cubes.	6 cent. cubes.
Urée	14 gr. par litre.	6 gr. par litre.
Chlorures . . .	4 gr par litre.	2 gr. par litre.
Albumine. . .	0 gr. 10	1 gr. 20
Aspect	Clair, transparent.	Trouble, purulent.
Dépôt.	Nul.	Très abondant, formé de leucocytes et très rares hématies, cellules du bassinet ; nombreux microbes de toutes variétés.

En raison du mauvais état général du malade et des résultats de l'analyse des urines du rein gauche qui ne me satisfait pas absolument, je me propose de faire d'abord une néphrotomie, quitte à enlever plus tard le rein s'il se fistulise.

OPÉRATION. — Le 20 mars 1911. Chloroforme. Une incision oblique lombaire droite me conduit sur le rein, qui est très volumineux et descendu au-devant de la colonne vertébrale, repoussant devant lui le

péritoine et les intestins. Tandis qu'il est très facile de libérer son extrémité inférieure de la périnéphrite qui l'enserre, il est pénible de le dégager des adhérences qui unissent son pôle supérieur au sommet de la loge lombaire, et, dans ce temps de l'opération, j'entraîne avec le rein la capsule surrénale, qui y adhère fortement. Le rein sorti de sa loge est très volumineux, mesurant près de 20 centimètres de longueur. Sa moitié supérieure a conservé à peu près sa forme et sa coloration normale, mais on sent en la palpant qu'elle est comme bourrée de concrétions irrégulières. La moitié inférieure, très déformée, présente deux grosses bosselures d'un blanc bleuâtre et fluctuantes séparée l'une de l'autre par un pont de substance rénale.

J'incise d'abord sur le bord convexe la partie supérieure du rein, et par cette incision qui saigne peu j'extrais non sans peine, car ils font corps en quelque sorte avec le parenchyme, quatre calculs coralliformes n'en formant en réalité qu'un seul.

Prolongeant alors mon incision sur le pont parenchymateux séparant les deux grosses bosselures siégeant sur la partie inférieure, j'arrive sur une concrétion se prolongeant dans le bassinet, qu'elle remplit, et l'orifice supérieure de l'uretère. C'est avec grand'peine que je parviens à l'extraire dans son entier. Cette incision a ouvert deux gros vaisseaux d'où s'écoule deux gros jets de sang de suite arrêtés par le pincement. L'ouverture au bistouri des deux grosses bosselures donne issue à un liquide uro-purulent, trouble, blanchâtre, sans grumeaux. Il n'y a pas de concrétions dans ces bosselures; mais j'en extrais encore trois ou quatre petites, qui sont enchâssées profondément dans le parenchyme. Le rein ainsi débarrassé de ses masses calculeuses est réduit au tiers du volume qu'il avait auparavant; en entr'ouvrant les deux valves, qui résultent de son incision dorsale, on constate que son parenchyme est creusé de logettes irrégulières, à paroi déchiquetées d'où les calculs ont été extraits. Les lèvres de l'incision sont elles-mêmes dilacérées, et il existe sur le côté externe un fragment triangulaire ne tenant plus que par sa base assez étroite. Cependant le tissu rénal et les parois du bassinet ainsi déchiquetés saignent peu. Large irrigation à l'eau oxygénée; drain dans le bassinet, suture au catgut des incisions, qui s'adaptent plus ou moins exactement.

Les parois des deux grosses bosselures ouvertes et maintenant flasques ne sont pas réséquées, mais simplement affrontées et capitonnées au catgut. A la toilette de la plaie avant la réintégration du rein dans sa loge, je m'aperçois que le péritoine a été ouvert à la partie inférieure : je le suture en surget. Suture à étage de la paroi lombaire, d'où sortent le drain mis dans le bassinet et une compresse placée au contact des sutures rénales dans la loge lombaire.

Suites et résultats opératoires. — Bien que le malade ait perdu relativement peu de sang, il demeure très affaibli pendant trois jours : pouls petit, fuyant, température au-dessous de 37 degrés; oligurie : 600 à 800 centimètres cubes. Injection de sérum caféiné matin et soir. Le quatrième jour, l'état général commence à s'améliorer, et se relève très vite.

Pendant tout ce temps, la plaie, sauf dans les premières vingt-quatre heures où les pièces de pansement ont été souillées par une assez grande quantité de sang, demeure sèche, pas une goutte d'urine ou de pus ne s'écoule par le drain. Le huitième jour, la mèche de gaze placée dans la loge lombaire étant enlevée, un flot de pus et d'urine s'en échappe. Lavage à l'eau oxygénée matin et soir. Cet écoulement uro-purulent persiste très abondant durant six jours, et à ce moment je ne doute pas que je sois obligé de pratiquer la néphrectomie secondaire. Cependant, malgré la suppuration, l'état général demeure excellent, pas de fièvre, appétit. Au vingt-deuxième jour, la suppuration a beaucoup diminué et très rapidement elle se tarit complètement; en même temps, l'urine reprend totalement la voie urétérale.

Le malade sort de la maison de santé six semaines après l'opération.

Actuellement, deux mois et demi après l'opération, le malade est en excellente santé. Il est moins pâle, moins amaigri, a retrouvé son appétit et reprend de jour en jour des forces. Ses urines sont encore louches, mais ne forment pas le moindre dépôt.

Deux cas de gastrotomie pour corps étranger de l'extrémité inférieure de l'œsophage,

par M. le D[r] BRIN, d'Angers.

Les corps étrangers de l'extrémité inférieure de l'œsophage peuvent présenter des difficultés d'extraction très spéciales. Un point sur lequel je veux insister est *la mobilité extrême de la base du thorax* chez les enfants très jeunes. On dirait que les côtes inférieures ont été sectionnées, tellement on peut les éverser par une pression moyenne.

Lorsque l'œsophagoscopie a été impuissante, que le refoulement s'est montré trop dangereux, il devient nécessaire d'ouvrir l'estomac et d'aller aux recherches de bas en haut.

J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois dans ces conditions, et voici la relation de mes deux observations :

OBS. I. — *Œsophagotomie externe et gastrotomie pratiquées successivement chez un enfant de six mois pour enlever un corps étranger de l'œsophage. Guérison.*

Enfant Charles L..., de Brigné (Maine-et-Loire). Cet enfant, âgé de six mois, est nourri au sein et est très bien portant.

Dans l'après-midi *du* 22 *avril* 1907, il joue avec un chapelet accroché à son berceau : la croix et les trois premiers grains se séparent du reste du chapelet et l'enfant les porte à sa bouche.

La mère s'en aperçoit presque aussitôt aux efforts de l'enfant ; en ouvrant la bouche du petit, elle voit encore l'extrémité de la croix, mais ne parvient pas à la retirer. Un confrère appelé fait également des

tentatives infructueuses. L'enfant m'est amené dans la nuit à ma clinique Saint-Louis.

Le chapelet n est pas visible, mais on le sent avec un explorateur derrière le larynx. Je fais quelques essais avec une pince de Collin, mais je ne parviens pas à saisir le corps étranger.

L'état de l'enfant semble pouvoir attendre jusqu'au lendemain. Néanmoins, tout est préparé pour une intervention immédiate au cas où l'asphyxie la rendrait nécessaire pendant la nuit.

Le 23 avril. — A la première heure, je trouve l'enfant très dyspnéique. Les traits sont tirés, les yeux sont cernés, le pouls est à 140. Le petit malade n'a pas pu prendre le sein, ni avaler une goutte de liquide d'une autre manière depuis la veille.

Son état semble très précaire. Avec un explorateur urétral à boule, n° 20, on sent bien le corps étranger derrière le larynx, et il me semble inutile de faire radioscoper l'enfant, étant donné qu'il ne faut pas perdre de temps.

Œsophagotomie externe sous chloroforme. — Incision longitudinale devant le sterno-mastoïdien.

Le plus facilement du monde, en quelques minutes, j'arrive à l'œsophage après avoir reconnu au passage le muscle omohyoïdien, le corps thyroïde. Il n'y a pas eu une goutte de sang et les organes sont distincts comme dans une très belle dissection. Un écarteur repoussant les vaisseaux en dehors, je donne quelques coups de sonde cannelée derrière le corps thyroïde et j'ouvre ainsi l'œsophage. Un coup de ciseau complète en haut cette ouverture.

Je pense pouvoir saisir le corps étranger et terminer au plus vite l'opération. Mais le corps étranger n'est plus là : une sonde poussée par en haut revient sans obstacle par la bouche; un explorateur enfoncé vers l'estomac est, au contraire, arrêté à un point qu'on peut estimer très voisin du cardia. Je ne veux pas essayer de faire rebrousser chemin à un corps aussi irrégulier que cette croix plus ou moins bloquée par les grains qui l'accompagnent, et, d'ailleurs, comment m'y prendrais-je sans œsophagoscope? Je cherche à augmenter la progression spontanée du corps étranger et j'exerce des pressions douces, mais sans aucun résultat.

Désolé d'avoir fait une opération inutile, je cherche au moins à en rendre les suites aussi simples que possible, et je me mets en mesure de suturer l'œsophage; je dois aussitôt renoncer à cette technique : la paroi œsophagienne est, en effet, d'une minceur telle que je ne crois pas possible d'y faire de bonnes sutures; par ailleurs, je tiens à finir vite et je me borne à bourrer la plaie avec de la gaze stérilisée, en ayant soin de bien tasser ma gaze à la partie inférieure, de façon à ce que les mucosités sortant de l'œsophage puissent trouver leur chemin au-dessus d'elle, au milieu de la gaze moins serrée qui garnit la partie supérieure de la plaie. Les 2 centimètres de l'incision sont réunies par deux points au crin.

Il y a eu en tout une seule ligature vasculaire pour une veine thyroïdienne.

Aussitôt l'enfant réveillé, on peut constater qu'il n'a plus de dyspnée; mais il est très affaibli et très pâle. Son pouls est à 160 au moins. On lui fait du sérum artificiel, 100 grammes toutes les trois heures, et deux lavements nutritifs, avec 30 grammes de lait et un jaune d'œuf.

Le 24 avril, l'enfant semble un peu plus fort, mais ne veut pas avaler une goutte de lait ou d'eau; il se refuse à prendre le sein.

Radiographie par mon ami le Dr Sarrazin, professeur à l'Ecole de médecine. La croix apparaît nettement au niveau des 9e et 10e vertèbres dorsales. Elle est verticale, légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche.

La petite extrémité est située entre la 8e et la 9e côte; la grande descend au-dessous de la 10e. Les deux bras sont situés entre les 9e et 10e côtes. La radiographie, assez peu poussée, d'ailleurs, ne montre pas la chaînette qui porte les trois grains, mais, en faisant la radioscopie, le Dr Sarrazin a très bien vu cette chaînette pendre derrière la croix, et il estime que le dernier grain doit être dans l'estomac.

Aussitôt que j'ai pu prendre connaissance de la radiographie, je décide de laparotomiser l'enfant.

Gastrotomie le 24 avril, 4 heures du soir, avec l'aide du Dr Launay. Chloroforme.

Incision parallèle au rebord costal gauche, intéressant la moitié externe du muscle droit. L'estomac apparaît assez volumineux, mais flasque. On n'y sent, par la palpation, aucun corps étranger.

Après une soigneuse protection du péritoine, j'ouvre l'estomac verticalement, de la petite courbure vers la grande, dans une étendue de 3 centimètres environ. Il ne s'écoule qu'un peu de suc gastrique. Un doigt introduit dans l'estomac n'y rencontre d'abord rien, mais en repliant le doigt vers le cardia et en invaginant la paroi stomacale, je parviens à toucher un grain qui semble fixé dans l'orifice œsophagien. J'agrandis alors l'incision stomacale, elle va maintenant d'un bord à l'autre et mesure environ 8 centimètres. J'y introduis deux doigts de la main droite, l'index et le médius, la face palmaire regardant en haut. Ces doigts pénètrent jusqu'au cardia, grâce à la mobilité extrême de la base du thorax, qui peut presque être éversée en dehors.

J'essaie alors d'introduire un doigt entre le grain de chapelet et la paroi, et avec l'ongle j'essaie de l'accrocher. Puis avec une pince courbe conduite le long de mes doigts je le saisis et, après m'être assuré que la muqueuse n'est pas pincée, j'exerce des tractions douces avec la main gauche, en même temps que mon médius droit continue à appuyer sur la paroi antérieure du cardia pour le dilater.

Je sens passer un autre grain sous mon doigt et, brusquement, la croix entière tombe dans l'estomac. Je n'ai plus qu'à retirer la pince. Elle ramène bien le corps du délit, la croix avec ses trois grains.

Fermeture de l'estomac en deux surjets au fil de lin, l'un total, l'autre séro-séreux. Fermeture de la paroi abdominale en deux plans, l'un péritonéo-musculo-aponévrotique au catgut, l'autre cutanéo-aponévrotique au crin. Pansement aseptique.

L'opération a duré vingt-cinq minutes. A deux reprises, j'ai été obligé

de faire faire la respiration artificielle, l'enfant ne respirant plus malgré les faibles doses de chloroforme absorbé. Une fois la laparotomie terminée, je profite de l'état d'insensibilité de l'enfant pour faire le pansement du cou. J'enlève la gaze et la remplace par une mèche moins serrée. Les lèvres de la plaie sont absolument pâles, exsangues. Il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Le 24, dans la soirée et la nuit, on fait quatre injections de sérum (50 grammes à chaque fois).

Le 25 *avril*. — Température rectale: matin, 40°3; soir, 40°1. Les traits sont tirés, le facies est pâle, terreux, le pouls est à 160, presque incomptable. L'enfant ne veut pas prendre le sein, ni boire à la cuiller. On lui met dans la bouche un tampon de ouate imbibé du lait maternel et peu à peu il se remet à sucer cette ouate humide. On vide toutes les deux heures le sein de la mère dans une tasse et on en fait avaler le plus possible au moyen de la ouate. Il sort un peu de lait par le cou. Le ventre est très ballonné. 200 grammes de sérum dans la journée. Pansement du cou deux fois par jour.

Le 26 *avril*. — Température rectale matinale, 39°8; vespérale, 39 degrés. Abdomen très ballonné. Un petit lavement provoque une selle et des gaz. L'enfant prend plus facilement son lait au moyen de la ouate. Toutes les fois qu'il a pris du lait, on lui fait sucer un peu d'eau stérilisée.

27 *avril*, même état. Température, 39°2 et 39°7. Une selle et des gaz, 100 grammes de sérum.

28 *avril*. — Amélioration. Ventre souple. Prend plus facilement son lait. Plaie du cou plus vivante. Température 39 degrés et 37°3. 100 grammes de sérum.

29 *avril*. — L'enfant commence à prendre le sein. On cesse le sérum. Selles régulières. Température, 37°9, 37°8. Même état du cou.

30 *avril*. — On enlève les fils de la plaie du cou. La plaie est toujours pâle. Il se produit un phénomène assez intéressant. La plaie bien ouverte, si l'enfant prend le sein, il sort à peine quelques gouttes de lait par le cou. Je suppose que le lait sort en plus grande quantité au moment des régurgitations quand l'estomac est trop plein, car le pansement cervical en est imbibé. Amélioration sensible de l'état général.

1er, 2 et 3 *mai*. — Amélioration continue. L'enfant revient à la vie; la plaie du cou bourgeonne et est de moins en moins souillée par le lait.

Le 2 *mai*. — Ablation des fils du ventre. Réunion parfaite sans infection, même légère.

Le 7, il n'y a plus d'écoulement de lait par la plaie cervicale, qui bourgeonne activement.

Le 10, l'enfant s'en va; la plaie n'est pas complètement cicatrisée, mais elle se comble rapidement.

Etat général excellent, l'enfant est parfaitement rétabli. Il a bon appétit; ses fonctions digestives s'accomplissent normalement et il n'y a de cris qu'au moment du pansement.

Le 25, on me ramène l'enfant; il est gras et resplendissant de santé. Les deux cicatrices sont parfaites.

Revu en mars 1911, le petit opéré est magnifique et n'a aucun symptôme de sténose œsophagienne.

Bien que n'ayant pas en vue l'œsophagotomie dans ma communication, je dois d'abord légitimer ma conduite opératoire chez mon malade. On pourra me dire que cette opération pouvait être évitée si la radiographie avait été faite à temps.

A cela, je répondrai : 1° que le temps pressait et qu'il aurait fallu plusieurs heures au moins pour trouver un confrère s'occupant de radiographie; 2° que je sentais très bien le corps étranger avec mon explorateur, comme je l'ai senti ensuite avec le même instrument au niveau du cardia. La radiographie m'aurait certainement montré le corps étranger au-dessous du larynx. L'explorateur peut, en effet, passer à côté d'un corps étranger et le méconnaître. Il n'affirme pas la présence d'un corps qui n'existe pas; 3° que, même avec la certitude donnée par la radiographie, je n'aurais pas été absolument sûr à l'opération de trouver le corps étranger au point où les rayons X l'auraient montré. Ce n'est pas la première fois, en effet, qu'on voit descendre un corps étranger au moment même de l'intervention, sous l'influence des mouvements de l'enfant qui se débat sous le chloroforme.

On a rarement l'occasion de pratiquer l'œsophagotomie chez *des enfants aussi jeunes* que mon petit opéré. Dans les bulletins de la Société de Chirurgie de 1896, p. 759, on trouve un rapport de Broca sur une observation de Lemaistre. Ce chirurgien avait également guéri un petit enfant de six mois au moyen de l'œsophagotomie externe.

Sur la technique de l'œsophagotomie, je ne parlerai que de la difficulté des sutures et de l'emploi de la sonde à demeure. On discute encore sur la nécessité de la *suture œsophagienne*; elle est évidemment plus chirurgicale, mais, à en juger par mon cas, elle doit être excessivement difficile chez les enfants très jeunes dont la paroi œsophagienne est très mince et peu musclée. Je n'ai malheureusement pas pu me procurer de cadavres de nouveau-nés pour vérifier l'épaisseur de l'œsophage.

La sonde peut être mise à demeure par une narine. Mais dans mon cas cela était impossible, puisque le corps étranger restait dans l'œsophage.

J'aurais pu la mettre après ma seconde opération, j'ai préféré m'en abstenir parce que je craignais les efforts que l'enfant pourrait faire pour se débarrasser de ce nouveau corps étranger, et aussi parce que j'avais confiance dans mon tamponnement drainage d'une part et dans l'écoulement naturel physiologique des liquides malgré la plaie œsophagienne.

J'ai pu constater, en effet, que le lait ne sortait pas par la plaie au moment des déglutitions. C'est seulement dans les régurgitations que l'issue se produisait.

Obs. II. — *Gastrotomie pour extraire un dentier enclavé dans la portion terminale de l'œsophage. Guérison.*

M. X..., trente-neuf ans, cultivateur à Jallais (Maine-et-Loire), porteur d'un dentier depuis quinze ans au moins, l'a laissé se détériorer progressivement sans le faire réparer. L'appareil a perdu plusieurs dents, les crochets se sont desserrés.

Dans la nuit du 18 janvier 1911, M. X... est réveillé brusquement par une sensation d'étouffement; il vient d'avaler son dentier. Profondément anxieux, il court chez le Dr Audureau, de Jallais, qui l'envoie immédiatement au Dr Léon, d'Angers. Celui-ci conduit le malade à ma clinique et le fait radiographier immédiatement par le Dr Pichart.

Comme vous pouvez le constater, le dentier est arrêté au niveau de la deuxième dorsale. Le Dr Foucault pratique alors l'œsophagoscopie avec l'appareil de Brunning. Il voit et fait très bien voir le corps du délit, mais, au moment de le saisir, il le fait glisser très bas et il lui est impossible de l'atteindre. Le tube œsophagoscopique bute contre un repli de la muqueuse qui coiffe évidemment le dentier. Étant donné les irrégularités du corps étranger, on ne fait que des pressions très légères pour essayer, mais en vain, de le refouler dans l'estomac.

Appelé à ce moment par mes confrères, je décide, d'accord avec eux, de pratiquer la gastrotomie.

Une radiographie nouvelle du Dr Pichart montre le dentier arrêté au niveau de la huitième ou neuvième dorsale. Le cliché en a été malheureusement cassé. MM. Foucault et Léon recommencent une tentative d'œsophagoscopie qui montre des érosions sphacéliques de la muqueuse, mais ils ne peuvent voir ni saisir le dentier, masqué par la muqueuse boursouflée. D'après la longuenr du tube enfoncée, on estime que l'arrêt est tout près du cardia.

Le malade, très courageux, a bien supporté les manœuvres, mais il commence à être très fatigué. On lui injecte 500 grammes de sérum et je pratique la laparotomie.

Incision médiane de la paroi abdominale. *Exploration externe* de l'estomac. Je n'y trouve rien. La palpation de la portion terminale de l'œsophage est également négative, et je commence à craindre que le dentier ne soit trop haut.

Incision perpendiculaire de l'estomac d'un bord à l'autre. — Le ventre étant soigneusement protégé, l'estomac est ouvert perpendiculairement aux bords, parallèlement aux vaisseaux, sans hémorragie. Quelques pinces de Kocher attirent les bords de la plaie hors du ventre. L'estomac est absolument vide.

L'index recherche le cardia, mais pour le trouver je suis obligé de mettre toute la main dans l'estomac.

Le cardia fermé et comme contracturé donne la sensation d'un anus au doigt qui le pénètre; le dentier est à 3 ou 4 centimètres du cardia

et j'estime qu'il doit se trouver en grande partie au-dessus du diaphragme, car, pour l'atteindre, je dois enfoncer au moins les deux premières phalanges de l'index. Je cherche d'abord à le mobiliser en passant mon doigt tout autour et en refoulant latéralement les parois de l'œsophage. Je manœuvre avec la plus grande prudence, car je crains d'enfoncer les crochets dans la paroi œsophagienne ou même dans l'aorte, dont je sens terriblement les battements.

A plusieurs reprises j'essaye vainement d'accrocher l'appareil avec mon ongle. Je tente également d'introduire une pince sur mon doigt, mais je saisis seulement la muqueuse, et le dentier se dérobe.

J'étais vraiment très perplexe, et mes confrères et moi nous songions à essayer l'œsophagoscopie rétrograde quand mon ongle réussit enfin à accrocher une dent isolée et à amener peu à peu le dentier.

Suture de l'estomac en deux plans.

Suture de la paroi abdominale en deux plans ; un profond, séro-musculaire, au gros catgut, et un superficiel au crin.

Un drain est laissé au contact de l'estomac.

Les suites opératoires furent bonnes, mais prolongées par une suppuration de la paroi abdominale.

Les premiers jours, il y eut une dysphagie légère, mais tout rentra vite dans l'ordre, et le malade quitta ma clinique le 15 février en excellent état.

Je ne veux retenir votre attention que sur certains points.

Tout d'abord la rareté des cas de gastrotomie pour corps étrangers de l'œsophage. Depuis celle de Richardson en 1886, presque toutes les observations publiées l'ont été à l'étranger.

M. Lejars en a apporté une à l'Académie de médecine en 1899, mais je ne crois pas qu'on en ait présenté à la Société de Chirurgie et c'est ce qui m'a encouragé à vous soumettre mes deux cas.

L'incision de la paroi abdominale la plus communément employée est la verticale médiane. C'est à elle que j'ai eu recours chez mon deuxième malade. Chez mon premier opéré, j'avais pratiqué l'incision oblique paracostale, dans cette idée que je serais moins gêné par le foie, très volumineux à six mois. Je l'ai regretté, car l'incision médiane est plus directe et plus exangue.

Quant à l'incision de la paroi stomacale, je l'ai faite les deux fois perpendiculaire aux bords gastriques, suivant les vaisseaux. Je n'ai pas eu une goutte de sang.

L'incision parallèle aux bords est forcément beaucoup plus sanglante.

Celle-ci serait certainement préférable si on voulait faire une exploration endogastrique totale, ou encore si on désirait pratiquer une opération transgastrique sur la paroi postérieure de l'estomac. Car l'incision parallèle peut être allongée comme le commandent les circonstances. Mais quand il s'agit seulement

d'introduire un doigt, des instruments dans l'œsophage, l'incision perpendiculaire est suffisante et tout à fait recommandable. Chez mon deuxième malade, elle m'a permis d'introduire toute la main dans l'estomac. D'ailleurs, il serait bon de faire d'abord une petite incision, faite suffisante pour l'introduction du bout de l'index. En poussant le doigt, on invagine la paroi de l'estomac et on peut explorer le cardia sans risquer de contaminer le péritoine par l'issue de contenu gastrique. Pour réaliser une occlusion plus complète, Wilms recommande une suture en bourse qui serre l'incision gastrique autour du doigt (voir Lejars, 6e édition, p. 211).

On pourra ainsi quelquefois, mais rarement, pensons-nous, faire tomber le corps étranger de l'œsophage dans l'intestin.

La plupart du temps, l'exploration devra être manuelle. Les bords de l'incision gastrique attirés hors du ventre, on plonge la main tout entière dans l'estomac et on a ainsi une bien plus grande liberté pour faire remonter l'index dans l'œsophage. Nous avons vérifié sur plusieurs cadavres qu'on peut atteindre de cette façon des points très élevés de l'œsophage thoracique. Chez mon deuxième malade, j'ai déjà dit que le dentier était éloigné du cardia de la longueur de deux phalanges.

Je crois d'ailleurs que le doigt enfoncé dans l'œsophage agit beaucoup en mobilisant, en étalant les parois œsophagiennes, et qu'il pourra atteindre des corps étrangers d'abord inaccessibles et se décrochant par suite du déplissement de la muqueuse.

Une fois le corps reconnu, exploré par le doigt, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien on arrive à le descendre par les manœuvres digitales douces et très prudentes ; c'est ce que j'ai obtenu dans mes deux cas ; ou bien on échoue et on devra recourir à toutes sortes de manœuvres ; emploi de pinces plus ou moins difficiles à employer et probablement bien dangereuses quand le corps étranger est un peu haut et masqué par la muqueuse ; cathétérisme rétrograde simple ou associé à différents artifices (voir Lejars), qui ont donné de bons résultats. Enfin, l'œsophagoscopie rétrograde, si elle est possible, sera encore le procédé le plus recommandable.

M. Lejars. — Il s'agissait, dans le cas auquel vient de faire allusion notre collègue, d'un bloc de « sous », cinq pièces de dix centimes, une de cinq centimes, enclavé dans le segment déclive de l'œsophage, et sur lequel toutes les tentatives d'extraction et de propulsion avaient échoué. L'estomac ouvert, je recherchai le cardia, et ce ne fut pas, non plus, sans difficulté que je le trouvai ; j'y introduisis une sonde œsophagienne, que je fis passer, à frottement, jusqu'au-dessus du corps étranger ; je la ramenai alors de

haut en bas, en l'inclinant fortement en avant, et, par cette sorte de rétropulsion, la pile de sous fut déplacée et tomba dans l'estomac. L'opérée guérit très simplement; je la présentai à l'Académie de médecine le 10 janvier 1899.

Elle avait avalé « 18 sous » en douze pièces, car, en dehors du bloc inclus dans l'œsophage, trois pièces de cinq centimes, isolées, avaient été expulsées par l'anus, quelques jours avant l'opération, et trois autres, une de dix centimes, deux de cinq centimes furent rendues un peu plus tard par la même voie. Cette fois, notre opérée (c'était une jeune fille de 21 ans) retrouva son compte.

M. Pierre Sebileau. — Je répondrai à M. Brin dans quinze jours, quand j'aurai lu sa communication *in extenso*. Pour le moment, je dois dire que j'ai l'impression, après l'avoir entendu, que je n'aurais pas opéré avec la même hâte que lui. C'est, en effet, une notion courante que la presque totalité des corps étrangers de l'œsophage qui, spontanément ou sous l'influence de manœuvres chirurgicales abandonnent la région rétro-manubrienne, où ils se fixent d'habitude, cheminent presque toujours jusque dans l'estomac en une ou plusieurs étapes. Au moins, aurais-je attendu le contrôle d'une ou deux épreuves radiographiques complémentaires.

Œsophagotomie pour corps étranger (fragment d'adénotome).

M. Sieur. — Dans la dernière séance, notre collègue M. Broca vous a montré une petite malade chez laquelle il avait pratiqué une œsophagotomie pour enlever un caillou volumineux et irrégulier qui avait résisté aux manœuvres du crochet de Kirmisson. Dans un cas récent, j'ai cru moi-même devoir recourir d'emblée à cette opération dans des circonstances quelque peu émouvantes que je vous demande la permission de relater.

Le 15 mai dernier, on m'amenait dans mon service une fillette de trois ans à laquelle je devais enlever les amygdales hypertrophiées et des végétations adénoïdes.

L'ablation des amygdales terminée, je donnai un premier coup de curette sur les végétations adénoïdes avec l'adénotome ordinaire, mais trouvant que l'instrument dont je m'étais servi fonctionnait mal, je pris l'adénotome dont je me sers ordinairement depuis plusieurs années.

Au moment où, venant de contourner le voile, je m'apprêtais à appuyer l'instrument contre la voûte du cavum, j'entendis un bruit sec produit par la rupture de l'adénotome au niveau de son anneau. Je mis immédiatement le doigt dans le nasopharynx pour rechercher le corps étranger représenté par le fragment de métal

de 2 centimètres de large que voici, mais l'enfant avait sans doute fait un effort de déglutition et je ne trouvai le corps du délit ni dans le cavum ni dans le pharynx. Je terminai l'opération et laissai l'enfant se reposer une heure.

Comme elle n'accusait aucune douleur, je pensai que le fragment de métal était descendu dans l'estomac. Or, un examen radioscopique me montra qu'il était accroché dans l'œsophage, à hauteur des premières vertèbres dorsales, la concavité dirigée en bas et sa partie convexe et mousse tournée en haut.

J'avoue que, en raison de cette situation même, je renonçai immédiatement à l'emploi du panier de Græfe ou du crochet de Kirmisson, de peur d'enfoncer les pointes piquantes et tranchantes du corps étranger dans les parois de l'œsophage. J'eus d'abord l'intention de recourir à l'œsophagoscopie, mais le pharynx et le cavum étaient le siège d'un suintement sanguin gênant pour la vue, et la présence du tube ne pouvait qu'augmenter ce suintement. Je me décidai donc pour l'œsophagotomie qui devait me donner un accès facile sur le corps étranger. J'endormis l'enfant et, pour éviter la pénétration du sang et des mucosités dans les voies aériennes, je lui mis la tête basse et je maintins la bouche ouverte à l'aide d'un ouvre-bouche.

En quelques minutes, j'eus ouvert l'œsophage, mais quel ne fut pas mon étonnement de ne rencontrer le corps étranger ni dans la partie inférieure de l'œsophage, ni dans sa partie supérieure, ni dans la cavité pharyngée.

Au moment où je m'apprêtais à ouvrir l'œsophage, l'enfant avait vomi des caillots provenant du sang qu'elle avait dégluti. Ces caillots, dilatant le calibre de l'œsophage, avaient dégagé le corps étranger et, comme sa partie mousse était tournée vers la bouche, il avait été entraîné au dehors. Mon assistant, M. Rasse, le trouva dans la compresse à l'aide de laquelle il avait recueilli les matières vomies. Son issue au dehors avait été d'autant plus facile que la tête était en position déclive et que la bouche était maintenue largement ouverte à l'aide de l'ouvre-bouche.

Je fermai par un surjet l'incision œsophagienne, je drainai pendant quatre jours et alimentai la petite malade par le rectum. Elle a présenté le cinquième jour une fistule par laquelle s'écoulaient les liquides, mais cette fistule s'est tarie d'elle-même et l'enfant a quitté hier mon service, s'alimentant comme avant son opération.

Dans le rapport qu'ils ont lu au dernier congrès de la Société française de laryngologie (mai 1911), sur les *complications de l'adénoïdectomie*, MM. Grossard et Kaufmann rapportent cinq cas de rupture de l'adénotome publiés par Jearsley, Holmes, Garlick, Chauveau et Castex. Il est vraisemblable qu'il en existe

d'autres. Quoi qu'il en soit, dans deux cas, le fragment de curette put être retiré avec le doigt ou avec une pince, et trois fois il fut rendu par les selles après avoir été dégluti.

Dans le cas qui m'est personnel, il est permis de se demander, en présence de la facilité avec laquelle le corps étranger a été rejeté au dehors au cours d'un vomissement, si l'œsophagotomie était justifiée. J'ai déjà indiqué, chemin faisant, les raisons pour lesquelles j'ai cru devoir y recourir : diamètre du corps étranger (21 millim.); — sa situation spéciale qui rendait particulièrement dangereuse pour les parois œsophagiennes toute pression de haut en bas; — difficulté de recourir à l'œsophagoscopie en raison du suintement sanguin provenant des plaies amygdaliennes et nasopharyngées.

L'œsophagotomie est une opération facile, elle ne peut être que bénigne si l'on intervient avant toute inflammation œsophagienne; aussi je n'hésiterais pas à y avoir encore recours dans une circonstance semblable.

M. Pierre Sebileau. — La fracture des adénotomes n'est pas une chose rare. Ce sont des instruments grêles et fragiles. Je crois d'ailleurs, que tous, tant que nous sommes, nous nous en servons avec trop de force; un grattage très doux suffit à détacher les végétations adénoïdes (on s'en aperçoit facilement en curettant celles-ci chez les enfants porteurs de fissure congénitale du voile). Je crois qu'à la place de mon ami Sieur, je n'aurais pas pratiqué extemporanément une œsophagotomie externe. L'enfant n'avait pas de dyspnée, pas d'accès de suffocation. Le corps étranger était petit et rien ne démontrait qu'il fût placé dans l'œsophage de telle manière qu'il y dût nécessairement demeurer. J'aurais attendu un peu, contrôlé le diagnostic par la radiographie, et, si nécessaire, fait une nouvelle œsophagocopie. En cas d'opération extérieure nécessaire, j'aurais ici préféré la pharyngotomie rétro-thyroïdienne à l'œsophagotomie.

M. Sieur. — Je répondrai à mon ami Sebileau que la facilité avec laquelle a été rejeté le corps étranger permet *a posteriori* d'admettre qu'il eût été expulsé de la même façon si l'enfant avait eu des efforts de vomissements. Mais il ne faut pas oublier que cette expulsion a été singulièrement facilitée par la position déclive de la tête et par la présence de l'ouvre-bouche. Dans toute autre situation, le fragment d'adénotome aurait bien pu s'accrocher plus fortement aux parois de l'œsophage où pénétrer dans les voies aériennes.

Je crois donc que, dans des circonstances semblables, je me conduirais de la même façon, car, je le répète, l'œsophagotomie faite avant toute altération de l'œsophage est une opération bénigne.

Présentations de malades.

Cavité ostéomyélitique du tibia traitée par des greffes de Thiersch.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui portait une vaste cavité ostéomyélitique du tibia que je n'avais réussi à combler par aucun moyen. Trois opérations successives, plombages variés, n'avaient donné aucun résultat.

Je me décidai à tenter de revêtir de greffes de Thiersch les parois de la cavité. Ces greffes ont été appliquées directement sur l'os.

Vous pouvez juger du résultat éloigné de cette opération. Elle date de dix-huit mois. Les parois de la cavité sont complètement épidermisées. Elle est sèche; elle ne produit aucun suintement. L'os n'est pas douloureux. L'opéré a repris son travail, il est guéri.

Je ne dis pas que ce soit là la méthode de choix. Elle laisse une déformation d'aspect désagréable. Les méthodes, plombages, greffes à la manière de Chaput ou de Nélaton, qui restaurent la forme sont par là même incontestablement supérieures, mais elles ne sont pas toujours applicables.

La question des cavités ostéomyélitiques doit être étudiée pour chaque os en particulier. Quand il s'agit du tibia, il y a des difficultés spéciales qui tiennent à l'absence de toute espèce de tissu entre la peau et l'os et aussi à l'insuffisance des téguments. Les sutures que l'on fait par-dessus la cavité tirent toujours beaucoup et la peau est dans de mauvaises conditions de nutrition.

Je ne veux pas, à propos de ce malade, rouvrir la question de la thérapeutique variée des cavités ostéomyélitiques; je me borne à montrer que dans certains cas les greffes de Thiersch appliquées directement sur l'os peuvent rendre de grands services.

Suture osseuse dans les fractures de jambe.

M. DUJARRIER, chirurgien des hôpitaux, présente les radiographies de malades atteints de fracture oblique de la jambe traitée par la suture osseuse, et lit l'observation de ces malades.

Le travail de M. Dujarrier est renvoyé à l'examen d'une commission dont M. NÉLATON est nommé rapporteur.

Résection et mobilisation du thorax.

M. LENORMANT, chirurgien des hôpitaux, présente un malade atteint de déformation thoracique et d'asthme. Résection et mobilisation du thorax. Amélioration.

La présentation de M. Lenormant est renvoyée à l'examen d'une commission dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

Présentation de pièces.

Fibrome utérin chez une femme pseudo-hermaphrodite à organes génitaux externes masculins. — Tumeur d'une des capsules surrénales.

M. AUVRAY. — L'observation que je présente à la Société de Chirurgie appartient à cette catégorie de faits très rares où une tumeur de l'utérus s'est développée sur un sujet pseudo-hermaphrodite. Elle présente la plus grande analogie avec l'observation que mon ami Pauchet a publiée dans la séance du 17 mai 1911. Malheureusement, le sujet qui était porteur de cette tumeur, et qui était entré dans mon service de l'hôpital Dubois pour des accidents d'occlusion intestinale chronique remontant à plusieurs jours, ne put être opéré, lui et sa famille ayant énergiquement refusé toute intervention. Les pièces que je vous soumets sont donc des pièces recueillies à l'autopsie.

Voici d'abord l'observation qui a été rédigée par mon interne, Mlle de Pfeffel.

Marie M... est entrée dans le service Horteloup le 11 mars 1911, lit n° 35; elle est âgée de soixante-douze ans; elle présente des accidents d'occlusion intestinale incomplète; depuis sept jours, elle n'a pas expulsé de matières, mais les gaz passent à peu près normalement; elle éprouve des douleurs abdominales qui occupent surtout l'hypogastre et irradient dans les flancs; enfin, depuis quatre jours, elle a des vomissements continus revêtant l'aspect fécaloïde.

La température est à 36°5; le pouls régulier et bien frappé à 84; la respiration est un peu rapide et superficielle.

Dans l'abdomen, on constate la présence d'une tumeur visible et volumineuse, faisant saillie à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. A la palpation, elle est dure, peu douloureuse, et semble

modifiée dans sa consistance par les contractions péristaltiques de l'intestin qui se dessinent sous la paroi abdominale. Le ventre est assez souple, distendu à sa périphérie. Le cæcum ne peut être palpé, il est complètement masqué par la tumeur.

Au-dessous des fausses côtes, à gauche, on découvre une seconde tumeur, de consistance moins ferme que la première, mais qui n'est pas fluctuante et qui donne le phénomène du ballottement; elle paraît indépendante de la rate.

Le toucher rectal permet de constater qu'il n'existe aucun rétrécissement susceptible d'expliquer l'origine des accidents d'occlusion, le rectum est vide de matières; mais il est facile, par le toucher rectal combiné au palper, d'explorer la tumeur, qui occupe la région hypogastrique et qui a toutes les apparences d'un fibrome utérin.

On tente alors de pratiquer le toucher vaginal et on constate les anomalies suivantes du côté de l'appareil génital externe : la vulve fait défaut; il existe à la partie supérieure d'une fente, qui rappelle vaguement la fente vulvaire, un clitoris volumineux, qui ressemble à un pénis avec prépuce et gland et mesure de 6 à 7 centimètres de longueur; le clitoris est creusé sur sa face inférieure d'une gouttière qui se termine en avant à l'extrémité libre du gland et qui aboutit en arrière à un orifice unique, lequel n'admet qu'à grand'peine l'extrémité du petit doigt.

De chaque côté de la fente vulvaire, dans les replis qui constituent les lèvres, on ne constate pas la présence de testicules.

Comme la malade se plaint, après son entrée à l'hôpital, de ne pas uriner, on la sonde : la sonde, introduite dans l'orifice qui répond à la partie la plus reculée de la face inférieure de la verge, pénètre dans le canal qui lui fait suite sur une longueur de 10 à 12 centimètres sans ramener une goutte d'urine. Introduite une seconde fois dans la position périnéale, elle ramène, lorsqu'elle a pénétré à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement, environ 50 à 60 grammes d'urine claire. Cette différence dans le résultat des sondages est facile à expliquer quand on a pris connaissance de la pièce anatomique; nous verrons, en effet, que l'urètre d'une part et le conduit vaginal très étroit d'autre part, aboutissaient à l'orifice unique situé à la base du clitoris; ils étaient séparés l'un de l'autre par une sorte d'éperon; au premier sondage, la sonde a été certainement introduite dans le canal vaginal; au second sondage, elle a pénétré dans la bonne voie, c'est-à-dire dans l'urètre et la vessie.

L'examen de l'habitus général du sujet montre : une calvitie à peu près complète, quelques touffes de cheveux gris subsistent seuls; l'absence complète de mamelles, le mamelon est entouré de poils; le visage a quelque chose de masculin, la lèvre supérieure et le menton sont garnis de poils; la voix est plutôt grave et masculine; le bassin, très étroit, a le type masculin.

Interrogée sur son passé génital, la malade devient très laconique et ses réponses sont d'une véracité suspecte. Il est évident qu'elle connaît son anomalie et veut à tout prix passer pour une femme. Elle dit avoir

eu des seins assez volumineux, avoir eu des règles irrégulières, peu abondantes et accompagnées de migraines, et avoir eu des rapports sexuels dans sa jeunesse. La chose me paraît douteuse, car l'orifice situé sous le clitoris admettait avec peine l'extrémité de l'index. En tout cas, elle n'est jamais devenue enceinte.

Évolution de la maladie. — En présence des accidents d'occlusion que je croyais pouvoir attribuer à la pression exercée sur l'intestin par l'une ou l'autre tumeur, peut-être par les deux à la fois, je proposai à plusieurs reprises la laparotomie qui fut refusée par la famille et la malade. J'assistai impuissant à l'aggravation des accidents qui se terminèrent par la mort, huit jours après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 19 mars.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée le 21 mars. Incision médiane de la paroi abdominale; à l'ouverture du ventre, on rencontre une masse volumineuse (tête d'enfant de sept à huit ans), de consistance assez dure, qui paraît être un fibrome utérin. De part et d'autre de cette masse, sont appendus les trompes et deux organes de la dimension d'une amande environ, qui paraissent être *les ovaires* très atrophiés.

Les ligaments ronds sont découverts et sectionnés à leur entrée dans le canal inguinal. Il ne paraît pas exister de vagin.

On fait une seconde incision ovalaire périnéale ; on désinsère les racines des corps caverneux de la verge ou clitoris et on attire alors dans l'abdomen tout l'arbre génito-urinaire (clitoris, vessie et urètre, utérus et annexes, qui seront disséqués ultérieurement).

L'examen du tube digestif et du foie n'a rien révélé d'anormal ; il est évident que les accidents d'occlusion relèvent non pas d'un obstacle dans la lumière de l'intestin, mais d'une compression exercée par la tumeur.

Dans l'hypocondre gauche, on trouve en arrière d'un rein gauche qui est petit, mais paraît normal, une masse du volume environ d'une noix de coco, très facilement énucléable, ne présentant d'adhérences avec aucun organe voisin, de consistance kystique, très molle par endroits, présentant en d'autres points une consistance plus pâteuse. Cette tumeur s'est développée aux dépens de la capsule surrénale gauche, qui fait corps avec elle, et dont on retrouve les débris accolés à l'une de ses extrémités.

En-dessous et un peu en arrière de cette masse, on découvre la rate, un peu plus petite que normalement, présentant plusieurs placards de périsplénite.

Le rein droit est normal. La capsule surrénale droite est fortement hypertrophiée.

L'aorte et les iliaques primitives sont très athéromateuses; le pancréas n'offre rien à noter.

Organes thoraciques : Le poumon droit présente des adhérences pleurales, de la congestion de la base, des tubercules crétacés au sommet du poumon; le poumon gauche présente des adhérences pleurales, de a congestion, mais pas de tuberculose apparente. Le cœur est petit et mou; pas de lésion orificielle. Aorte athéromateuse.

Dissection de l'appareil génital : La dissection montre qu'il s'agit bien d'un volumineux utérus bourré de fibromyomes.

Au corps fait suite un col atrésié et long d'environ 5 à 6 centimètres sur la face interne duquel on voit nettement se dessiner les arbres de vie. Seule une différence de consistance moins grande marque, au point de vue macroscopique, la continuation du col avec le vagin. Il n'existe pas de museau de tanche. Le vagin, très étroit (après section, il mesure étalé dans sa plus grande largeur 3c,5), a une longueur de 8 centimètres et se réunit en bas à l'urètre. Celui-ci, de conformation normale, d'une longueur de 4 centimètres, s'ouvre en haut dans une vessie également normale.

Il existe donc un orifice unique pour l'urètre et le vagin et, à la réunion des deux, on remarque un éperon très net.

Tumeur de la région lombaire gauche : Cette tumeur montre à la coupe un aspect lardacé et assez ferme dans sa portion supérieure; dans sa portion inférieure, elle est rouge brun et moins consistante. Mais elle est solide en toutes ses parties.

Examen histologique des tumeurs et des glandes génitales, rédigé par M. Letulle : Notre maître, le Dr Letulle, a bien voulu se charger de l'examen des pièces et nous a rédigé une longue note où se trouvent consignés les résultats de son examen histologique. Je ne peux en donner ici qu'un résumé, me réservant de publier *in extenso*, avec M. Letulle, dans les Bulletins de la Société Anatomique, le résultat de l'examen de la tumeur surrénale, qui offre pour les anatomo-pathologistes un très grand intérêt.

L'examen de l'*utérus fibromateux* a montré que les myomes affectaient ici leur structure habituelle : les tourbillons de faisceaux musculaires lisses s'isolent les uns des autres ou s'enchevêtrent dans le plus grand désordre. Leurs vaisseaux sont normaux, riches en tissus élastiques et en fibres musculaires.

L'*ovaire*, petit, est parcouru par d'assez nombreuses cicatrices onduleuses et hyalines (corps jaunes résorbés). On ne trouve aucun corpuscule de Graaf. Plusieurs vaisseaux artériels sont en voie de dégénérescence hyaline.

La tumeur née dans l'hypocondre gauche est une *tumeur mixte de la surrénale*, véritable *adéno-angio-lipome*.

Il existe une portion de la glande surrénale qui est *adénomateuse*. La forme générale de cette masse adénomateuse est très irrégulière. Elle s'enfonce comme un coin dans la tumeur lipomateuse. Elle répond par sa surface externe à la surface de la surrénale proprement dite et affleure jusqu'à la capsule fibro-musculaire de la glande. Il s'agit bien d'un adénome surrénal associé à une tumeur angio-lipomateuse et, d'après les caractères de cette masse, M. Letulle pense qu'il s'agit là d'une néoformation désordonnée datant de la vie embryonnaire. La glande surrénale, en dehors de la zone adénomateuse, apparaît encore malformée.

Quant à la tumeur proprement dite, elle est composée de deux sortes de tissus, associés en proportions variables, suivant les régions : le tissu vasculaire et le tissu adipeux ; c'est un *angio-lipome*.

En somme, le pseudo-hermaphrodite que j'ai eu l'occasion d'observer rentre dans la catégorie des pseudo-hermaphrodites femelles à apparence masculine ou gynandroïde d'après la classification récente du professeur Pozzi. Il s'agit ici d'un gynandroïde irrégulier, notre malade présentant un périnée fendu avec une ébauche de vulve et un clitoris péniforme.

Je vous livre cette observation sans commentaires, me contentant pour le moment de consigner le fait dans les Bulletins de la Société et de le rapprocher de l'intéressante observation de Pauchet, me réservant d'étudier plus à fond dans un article prochain les faits exceptionnels de tumeurs utérines observées chez les hermaphrodites. Je fais simplement remarquer que chez ma malade l'extirpation du fibrome eût pu être pratiquée dans les conditions les plus simples, et que tous les cas du même genre me paraissent, le cas échéant, justiciables de l'intervention chirurgicale.

Je ferai remarquer également, et ceci ne manque pas d'intérêt, car l'histoire chirurgicale des tumeurs surrénales est encore peu connue, que la tumeur développée aux dépens de la capsule surrénale avait un caractère chirurgical très net. Il eût été facile d'énucléer sur le vivant la tumeur, comme on l'a fait à l'autopsie.

Il m'est impossible de dire quelle est celle des deux tumeurs qui a provoqué les accidents d'occlusion intestinale ; il est possible que leurs effets se soient combinés pour atteindre ce résultat. En tout cas, l'autopsie n'a révélé aucune cause qui ait pu, en dehors de la présence des deux tumeurs, provoquer les accidents d'occlusion.

La Société se constitue en Comité secret.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 JUIN 1911

Présidence de M. BAZY, VICE-PRÉSIDENT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. RIEFFEL, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

M. le Dr HUCHET (de Rennes) envoie un travail intitulé : *Pseudo-kyste hématique de l'estomac.*

Le travail de M. Huchet est renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

Rapports.

Os scaphoïde tarsien supplémentaire simulant une fracture,
par M. le Dr LAPOINTE.

Rapport de M. MAUCLAIRE.

Voici tout d'abord l'observation clinique de ce cas assez rare, comme nous le verrons :

OBSERVATION. — Le nommé D..., vingt-quatre ans, terrassier depuis sa sortie du régiment, m'est présenté, le 28 *novembre* 1910, par son

médecin et par celui de l'assurance, comme atteint d'une fracture du scaphoïde du pied gauche.

L'accident remonte à deux semaines. Le 14 *novembre*, D... marchait sur le bord d'une tranchée de la Compagnie du gaz. Son pied gauche, chaussé d'un gros brodequin de travail, fit ébouler la terre et glissa sur le bord de la tranchée. D... put se maintenir en équilibre sur le pied droit sans que le gauche vînt porter sur le fond de la tranchée.

Y a-t-il eu simple frottement du bord interne de la chaussure contre la terre? Y a-t-il eu en même temps torsion du pied en valgus avec contraction plus ou moins énergique des muscles, en particulier du jambier postérieur? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, D... aurait éprouvé une douleur vers la partie postérieure du pied, suffisante pour provoquer la cessation du travail. Cependant, il ne fut pas obligé de retirer sa chaussure et put, aussitôt après l'accident, descendre dans le Métropolitain et faire, à pied, sans aucun soutien, les six cents mètres qui séparent la station la plus proche du domicile du médecin de son choix.

Celui-ci nous déclare avoir constaté, dès son premier examen, une saillie anormale et douloureuse au niveau de la tubérosité du scaphoïde du pied gauche. Il ajoute qu'il n'y avait ni excoriation cutanée, ni ecchymose. Tout au plus a-t-il vu une légère tuméfaction des parties molles autour de la saillie scaphoïdienne.

Le 20 *novembre*, six jours après l'accident, D... fut examiné par le Dr Rigaud, médecin du patron, qui fit part au médecin du blessé de ses doutes sur la relation entre la déformation du pied et l'étiologie invoquée par l'intéressé. Alors je fus chargé d'examiner le « sinistré » comme chirurgien conseil de la Compagnie d'assurance, et quatorze jours après l'accident je constatai ce qui suit :

Le pied gauche présente une déformation localisée à la tubérosité du scaphoïde. Cette tubérosité fait sur le bord interne du pied une saillie très marquée, régulièrement arrondie, qui déborde en dedans du premier cunéiforme et de la tête de l'astragale, en partie masquée par elle. Elle se continue nettement avec le corps du scaphoïde, qui a conservé par ailleurs ses rapports normaux avec les autres os du tarse. Ni crépitation, ni mobilité anormale. Les téguments de la région ne présentent aucune infiltration ecchymotique; il n'y a pas la moindre tuméfaction des parties molles. Le seul signe objectif, en dehors de la saillie anormale, est un relief, plus marqué que sur l'autre pied, du tendon jambier postérieur.

La voûte plantaire est effacée par cette énorme tubérosité; mais je ne constate pas les autres signes habituels du pied plat; l'avant-pied n'est pas dévié en dehors, le calcanéum se tient en bonne attitude dans la station debout, l'astragale ne montre pas sa tête entre le scaphoïde et le sustentaculum.

La saillie osseuse est un peu douloureuse à la pression, particulièrement sur son pourtour inférieur. D... ne souffre en aucun autre point. Du reste son pied est souple; les articulations tibio-tarsienne et tarso-tarsienne ont conservé toute leur mobilité volontaire et provoquée.

Il y a cependant une légère boiterie, mais D... s'accroupit facilement sur les pointes.

Le bord interne du pied droit, dont le malade ne souffre pas du tout, n'est pas absolument normal. La tubérosité du scaphoïde paraît un peu grosse et la voûte plantaire est légèrement effacée, sans autre signe de pied plat valgus.

Je fus assez embarrassé pour formuler un diagnostic précis. Ce n'était certainement pas un pied plat classique. On ne pouvait songer à une luxation du scaphoïde sur le bord interne du pied, puisque le corps de l'os avait conservé ses rapports avec la tête de l'astragale et les trois cunéiformes. La légèreté du traumatisme invoqué, autant que le peu d'importance des symptômes actuels, rendait la luxation bien peu vraisemblable, et, pour des raisons analogues, l'hypothèse d'une fracture récente ne pouvait être retenue.



Le médecin du blessé n'avait aucune opinion, mais celui du patron en avait une, basée sur deux radiographies du pied malade que je ne pus examiner que quelques jours plus tard. Ces radiographies montraient très nettement, affirmait-il, une fracture du scaphoïde, et comme les commémoratifs et l'état actuel cadraient mal avec le diagnostic de fracture récente, il en avait conclu qu'il s'agissait d'une fracture ancienne. Bien que D... niât énergiquement tout accident antérieur, l'interprétation de mon confrère me parut logique et je l'acceptai provisoirement, tout en me réservant d'examiner les radiographies avant de rédiger pour l'assurance la consultation qu'elle m'avait demandée.

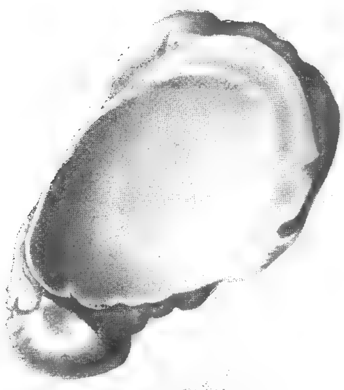
Sur l'épreuve de profil, on voit en effet une ligne claire qui coupe presque verticalement ce qui paraît être au premier abord la tubérosité du scaphoïde. Sur l'épreuve dorso-plantaire, ce prolongement

postérieur de la tubérosité apparaît encore mieux, mais les surfaces au contact se superposent en partie et le trait, quoique visible, se lit moins bien.

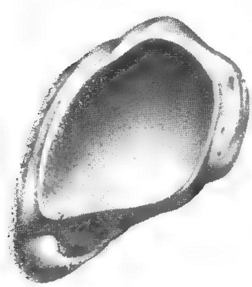
S'agissait-il réellement d'une fracture récente ou même ancienne? L'examen clinique d'une part, et d'autre part la netteté de l'espace clair, la régularité des surfaces osseuses maintenues parfaitement au contact, sans déplacement ni dentelures, tout concordait pour rejeter l'hypothèse d'une fracture récente; et celle de fracture ancienne n'était pas plus satisfaisante.



Au surplus, en supposant que la masse osseuse en arrière de l'espace clair se soit réellement séparée par fracture du reste du scaphoïde, il faudrait admettre : ou bien que la tubérosité était considérablement hypertrophiée avant la fracture, ou bien que la fracture avait été suivie d'une hyperostose, bien surprenante en l'absence de réunion osseuse des fragments.



La régularité de l'espace clair me donnait l'impression d'un interligne articulaire ou d'un cartilage de conjugaison. Les contours de la masse osseuse distale étaient bien ceux que donne le profil d'un scaphoïde normal. Ces différentes constatations me firent penser qu'il ne s'agissait pas plus d'une fracture ancienne que d'une fracture récente et que la masse proximale était probablement un os tarsien supplémentaire accolé au scaphoïde.



D..., qui, du reste, avait repris spontanément son travail quelques jours après mon examen, voulut bien laisser radiographier son pied droit, et j'eus la satisfaction d'y trouver un argument péremptoire. On voit en effet sur les deux épreuves du pied droit, moins bien sur le profil que sur la face dorsale, un noyau surajouté à l'extrémité postéro-interne du scaphoïde. Bien qu'il soit moins gros et

qu'il ne soit pas accolé à l'os principal comme du côté gauche, il est évident qu'il s'agit d'une formation de même valeur morphologique. C'était l'*os tibiale externum*, que je n'avais encore jamais rencontré.

Voici la radiographie d'un cas semblable trouvé dans la collection radiographique du service radiologique de l'hôpital Lariboisière, mais sans observation clinique.

M. Lapointe fait suivre son observation de considérations anatomiques dont voici le résumé :

Cet os surnuméraire scaphoïdien a été signalé déjà, en 1605, par Bauhin, puis appelé par Luschka os tibiale externum. C'est Pfitzner qui, en 1896, en donna une description anatomique très complète. Nous représentons quelques-uns de ces dessins, figure 2. En 1899, Jaboulay l'appela épiphyse du scaphoïde.

Cet os tarsien surnuméraire existerait 10 fois sur 100. Il est le plus souvent bilatéral; sa forme et son volume sont des plus variables.

Le plus souvent il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Cependant le sujet présente un pied plus ou moins plat ou, mieux, un pied aplati, sans les déviations externes typiques du pied valgus de la tarsalgie.

Le diagnostic est à faire avec une fracture réelle de la tubérosité scaphoïdienne. Mais ici les contours du fragment osseux détaché sont irréguliers, la fracture est souvent à plusieurs fragments. On se rappellera que l'os surnuméraire est souvent bilatéral, et le pied non traumatisé sera radiographié suivant la face dorsale et de profil.

Au point de vue thérapeutique, le traitement orthopédique par une semelle de soutien a donné de bons résultats à Hoglund et Gangelé. Mais en cas de douleurs persistantes, Lapointe conseille, avec raison, de pratiquer l'extirpation.

En effet, Painter a récemment rapporté un cas semblable (1). L'immobilisation plâtrée n'ayant donné aucun résultat, il fit l'extirpation de l'os, qu'il appelle sésamoïde, parce qu'il était inclus dans le tendon du muscle tibial postérieur.

Painter rappelle ensuite la description anatomique de cet os d'après le livre récent de Thomas Dwight sur les variations des os du pied et de la main.

Telles sont les considérations intéressantes que comporte l'étude de ce cas assez rare.

La loi sur les accidents du travail, qui a provoqué un examen

(1) Painter. *Boston med. and surg. Journ.*, 1er sept. 1910.

clinique plus attentif du sujet blessé pour établir les responsabilités, a donné lieu à la publication d'une observation intéressante.

Je vous propose d'en remercier M. Lapointe et de la faire paraître dans nos Bulletins.

— Les conclusions du rapport de M. Mauclaire, mises aux voix, sont adoptées.

Suture d'une fracture horizontale de la grosse tubérosité du calcanéum, par M. le Dr SOUBEYRAN, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Rapport de M. MAUCLAIRE.

Quelques cas de suture des fractures du calcanéum ont été publiés dans ces dernières années. En voici une nouvelle observation, qui nous a été adressée par M. le Dr Soubeyran (de Montpellier).

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme âgé de soixante-cinq ans, qui fit le 2 *janvier* 1910 une chute de deux mètres de hauteur environ, en glissant sur une échelle ; il tomba sur ses pieds, qui portèrent sur un sol cultivé, sans qu'il puisse déterminer exactement la position et l'inclinaison que prirent ses pieds par rapport à la jambe. Le blessé ressentit aussitôt une vive douleur dans le talon droit, mais il put se relever et faire quelques pas avec peine, puis il fut transporté chez lui.

Nous sommes amené à voir le malade quelques jours après et nous constatons que la marche est impossible, qu'il souffre beaucoup du pied droit et que ce pied se présente en un certain degré de flexion dorsale ; les mouvements du pied droit sont peu douloureux mais limités, et les mouvements d'extension du pied sur la jambe se font encore grâce au jeu des muscles postéro-latéraux intacts.

A l'*examen* de la région intéressée, on voit qu'il existe un gonflement considérable du cou-de-pied droit et de la partie inférieure de la jambe ; au niveau des malléoles et en arrière de ces saillies, on rencontre de vastes ecchymoses violacées et noirâtres, remontant jusqu'au mollet et même par place on voit des phlyctènes.

Au-dessus du talon on constate la présence d'une saillie anormale parfaitement visible et facile à sentir sous la peau ; cette saillie, qui est dure et assez volumineuse, est constituée par un fragment osseux détaché du calcanéum et remonté vers la partie inférieure de la jambe ; l'écartement entre cette saillie osseuse et le reste du calcanéum est de huit centimètres ; à ce niveau, il existe une dépression où s'enfonce le doigt. Si l'on essaye de rapprocher les deux fragments en cherchant à abaisser le fragment supérieur, le genou étant fléchi et le pied dans l'extension, on n'arrive pas à réduire leur écartement.

Le diagnostic de fracture de la grosse tubérosité du calcanéum s'imposait; le contact ou tout au moins le rapprochement des fragments, étant impossible à obtenir par l'application d'un appareil à traction analogue à celui de Thilaye qui fut appliqué pendant deux jours, l'intervention fut décidée.

Le 12 *janvier* 1910, le malade étant anesthésié avec de l'éther par la méthode du goutte à goutte, une incision médiane, postérieure et verticale est faite au niveau du tendon d'Achille; elle est longue de 12 centimètres. De nombreux caillots sanguins sont enlevés et les surfaces fracturées sont mises à nu.

Le *fragment supérieur* est très volumineux ; il est aplati dans le sens vertical et il est très large, sa face inférieure est plate, nette, lisse et horizontale ; il comprend toute la largeur de l'os ; sa partie postérieure est un peu plus épaisse que la partie antérieure, de 2 centimètres et demi ; sa longueur comprend toute la distance qui va de l'articulation astragalo-calcanéenne à l'extrémité postérieure du calcanéum, et il ressemble à un couvercle plat placé au-dessus du reste de l'os et appendu au tendon d'Achille.

Le *fragment inférieur* présente une large surface parfaitement lisse et dont la direction est horizontale ; on amène les deux fragments au contact en déployant un certain effort.

Sur chaque fragment nous perçons avec un perforateur deux trous destinés au passage des fils métalliques ; ils sont latéralement placés et un peu en avant du tendon d'Achille et ils appliquent étroitement les surfaces osseuses l'une contre l autre.

Suture des téguments sans drainage. Pansement compressif, avec application d'un tube élastique tendu derrière le talon et se fixant, d'une part au mollet avec une épingle traversant les bandes, et d'autre part près des orteils ; ce tube était destiné à maintenir une certaine extension du pied. Suites absolument normales ; massage et mobilisation légère dès le vingtième jour ; la marche fut autorisée au quarantième, et le résultat fonctionnel fut rapidement parfait : le malade marche comme avant son accident.

M. Soubeyran, dans les considérations qui suivent son observation, fait remarquer que la fracture était horizontale en somme, ou du moins oblique de haut en bas d'avant en arrière, partant de l'extrémité postérieure de l'articulation astragalo-calcanéenne et descendant obliquement vers la face postérieure du calcanéum, en empiétant bien peu sur l'insertion même du tendon d'Achille, si bien qu'il doute que l'arrachement seul puisse produire une pareille fracture. Il admet que dans cette variété de fracture le bord postérieur de l'astragale très aigu s'enfonce comme un coin dans le calcanéum ; l'arrachement fait le reste et la séparation se fait suivant le plan de clivage qui suit les travées osseuses, dont la direction légèrement oblique imprime au trait de fracture sa forme et sa direction.

Ce mécanisme est bien possible pour les fractures limitées ainsi à l'angle postéro-supérieur du calcanéum. Mais si la fracture occupe franchement toute la hauteur de la face postérieure du calcanéum, le mécanisme par l'arrachement est évident.

Ce qui est intéressant dans ces fractures du calcanéum, c'est le rôle que les auteurs qui les ont étudiées ont fait jouer à la direction des travées osseuses, direction qui explique certaines variétés.

Ce rôle a été bien mis en relief dans les mémoires de Tuffier et Desfosses (1), Binet et Trenel (2), Peters (3), Petel (4).

Celui-ci dans sa thèse récente fait remarquer que les fractures franchement verticales de cette extrémité postérieure sont bien rares telles que les concevait Boyer.

Un point intéressant, c'est la question de la suture osseuse dans les cas de fracture par arrachement de l'extrémité postérieure du calcanéum. Ce sont les cas déjà publiés de Tuffier et Desfosses (suture), Potherat (suture), Legueu (cerclage), Hue (suture). Deux fois sur quatre, cette suture a bien tenu et les fils furent laissés en place. Deux fois, il a fallu enlever les fils rapidement.

Le cas de M. Soubeyran est donc intéressant ; je vous propose de l'en remercier et de publier son observation dans nos Bulletins.

Discussion.

M. Demoulin. — J'ai eu, récemment, l'occasion d'observer un cas de fracture du calcanéum analogue à celui que vient de nous faire connaître mon collègue et ami Mauclaire.

L'écartement des fragments était peu considérable.

Je n'ai pas fait de suture, le résultat a été bon.

Je vais rechercher la radiographie de mon blessé et j'espère pouvoir vous la présenter dans la prochaine séance, à l'occasion du procès-verbal.

Je crois que la question des fractures du tarse postérieur a besoin d'être reprise. Dans les traumatismes graves de cette région, par chute d'un lieu élevé sur les pieds, nous cherchons, toujours, à poser un diagnostic précis : fracture du calcanéum, fracture de l'astragale. Les lésions sont, la plupart du temps, plus prononcées sur un os que sur l'autre, mais elles sont complexes bien souvent ; l'écrasement (et je vous demande pardon de prononcer ce mot, ici,

(1) Tuffier et Desfosses. *Presse Méd.*, 1898, p. 177.
(2) Binet et Trenel. *Archives générales de chirurgie*, décembre 1909.
(3) Peters. *Monat. für Unfallheilk.*, février 1911.
(4) Petel. *Thèse Paris*, 1911.

puisque Mauclaire n'a parlé que des fractures par arrachement) intéresse à la fois le calcanéum et l'astragale, s'accompagne d'une arthrite traumatique de l'articulation sous-astragalienne, suivie de raideur, et, parfois d'ankylose; les malléoles elles-mêmes sont souvent énormément épaissies, parfois fracturées.

L'examen des accidentés du travail, m'a permis d'étudier les lésions dont je viens de vous entretenir. Je me propose d'y revenir plus tard, devant vous.

M. Tuffier. — Depuis la première observation que j'ai publiée de suture du calcanéum pour fracture par *arrachement* de la grosse tubérosité (*Presse Méd.*, 13 avril 1898, p. 177, avec fig.), je n'ai eu l'occasion d'intervenir qu'une seule fois pour un cas semblable. Il faut, *pour justifier la suture, un écartement considérable et irréductible des fragments*; je ne sais si cette condition était remplie dans le cas cité.

En dehors de cette fracture, j'ai rassemblé dans mes collections de radiographies quatre variétés de ces fractures : fracture du plateau de la grosse tubérosité, écrasement des grosses tubérosités, fracture transversale presque médiane avec ou sans irridiations postérieures, et enfin le véritable écrasement de l'os.

Mon interne Petel a publié un certain nombre d'exemples de ces cas dans sa Thèse inaugurale, Paris, 1911.

M. Potherat. — Les réflexions de mon ami Demoulin sont très intéressantes assurément, mais elles dépassent de beaucoup les limites de la question soulevée par le rapport de M. Mauclaire.

Je ne veux pas envisager les variétés nombreuses de fractures du calcanéum. Je m'en tiens actuellement à la seule fracture qui consiste à détacher un fragment cunéiforme de la grande apophyse, fragment à base supérieure, et sommet inférieur. On s'est étonné que, dans cette variété, Tuffier ait pu dire qu'il a observé un écartement de deux travers de doigt entre les fragments. Cet écartement, je l'ai observé dans un fait que j'ai d'ailleurs présenté ici sous forme de radiographie. Cet écartement est dû à l'action du triceps sural, dont le tendon commun ou tendon d'Achille tire fortement sur le fragment qui lui sert précisément de lieu d'insertion.

J'ajoute qu'en pareil cas l'intervention s'impose. Quelque position que l'on donne au pied, quelque appareil inamovible qu'on emploie, je pense, quoi qu'en dise Demoulin, qu'on n'obtiendrait pas la coaptation et la consolidation des fragments, car la rétraction du tendon d'Achille continuera à agir et à ouvrir de plus en plus l'espace dièdre interfragmentaire.

Il faut donc intervenir et faire soit la suture osseuse, qui donne de très bons résultats, soit même et plus simplement la suture au fort catgut des tissus fibreux qui englobent le talon osseux, suture qui indirectement, à distance, peut très bien mettre au contact les fragments osseux. Un appareil plâtré s'ajoute d'ailleurs qui, en immobilisant les parties, prête un efficace appui à la suture.

Je ne partage pas les opinions de M. Soubeyran sur le mécanisme de la fracture. L'astragale me paraît incapable d'aller, par pression de son bord postérieur, éloigné d'ailleurs du foyer même de la fracture, faire éclater le calcanéum. A mon avis, le rôle principal dans cette fracture revient à l'action musculaire, nette dans mon cas. Cette action est d'ailleurs favorisée, indépendamment de la puissance des muscles en jeu, par la disposition des trabécules osseuses dans la grande apophyse du calcanéum.

M. Mauclaire. — Dans l'observation de M. Soubeyran, l'écartement était marqué et difficile à réduire par le relâchement du tendon d'Achille. La suture osseuse à mon avis était donc indiquée.

D'autre part, des recherches radiographiques récentes montrent que la fracture par arrachement vertical de l'extrémité postérieure n'est pas aussi fréquente; avec elle on confond souvent des fractures par décollement de la face supérieure du calcanéum suivant le plan de clivage de séparation entre les différents groupes de travées osseuses.

— Les conclusions du rapport de M. Mauclaire, mises aux voix, sont adoptées.

Ligature du tronc brachio-céphalique pour un anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique. Amélioration considérable des troubles fonctionnels, par M. Cunéo, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. A. Guinard.

M. Cunéo nous a adressé une observation unique dans son genre et remarquable par ses résultats. Les ligatures portant sur le tronc brachio-céphalique ont été pratiquées rarement, et jamais pour un anévrisme de l'aorte; son observation constitue un document qui fera honneur à nos Bulletins. Aussi je la publie intégralement avec les réflexions qu'elle a suggérées à M. Cunéo.

Mme R..., âgée de quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 12 décembre 1905 pour un anévrisme de la crosse aortique.

Pendant son enfance, la malade a eu successivement la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde. A l'âge de treize ans, elle a présenté du gonflement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche et du genou droit; celui-ci fut placé dans un appareil plâtré. A l'âge de trente-neuf ans, elle a subi une hystérectomie pour salpingite. Elle nie toute syphilis et l'interrogatoire ne permet pas de relever des symptômes pouvant faire soupçonner celle-ci.

Il y a environ six ans, la malade a commencé à présenter de l'oppression, lorsqu'elle gravissait des étages. Puis sont survenues des douleurs intercostales qu'elle traita par le massage. Il y a environ un an, elle constata elle-même l'apparition d'une saillie pulsatile en dehors du bord droit du sternum. Un médecin lui dit alors qu'elle avait un anévrisme. En mars 1905, elle entra dans le service de M. Merklen, à Laënnec; elle y fit un séjour de trois mois, pendant lequel on lui fit subir un traitement ioduré intensif et plusieurs injections de sérum gélatiné. Cette thérapeutique n'amena aucune amélioration.

Le 12 décembre 1910, elle entre à l'hôpital Lariboisière pour y subir la ligature du tronc brachio-céphalique, que je lui avais proposée comme traitement palliatif.

A son entrée, les troubles fonctionnels sont extrêmement marqués. La dyspnée est considérable et s'exagère à l'occasion du moindre mouvement, il existe un cornage très marqué. La voix est rauque, très altérée. La malade accuse des douleurs très vives, présentant les caractères d'une névralgie intercostale; elles se plaint aussi d'élancements, mais beaucoup plus légers, au niveau de la face interne du bras droit.

L'état général est altéré; la malade est pâle, amaigrie. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen physique permet de constater l'existence d'une saillie, occupant la région pectorale droite, au niveau de l'extrémité interne des 2e et 3e espaces intercostaux. Cette tumeur assez régulièrement arrondie mesure 9 centimètres dans le sens transversal, 7 centimètres dans le sens vertical. Elle est molle, fluctuante; sa réductibilité est difficile à apprécier en raison des douleurs que détermine toute pression un peu forte, exercée à son niveau. Cette tumeur présente des battements très intenses, succédant à la systole cardiaque; pas de thrill. A l'auscultation, on entend un double souffle systolique et diastolique. Ce souffle s'entend non seulement au niveau de la saillie, mais aussi sur toute l'étendue de la région précordiale et au niveau de la région interscapulaire. Il existe une matité anormale de la région du manubrium.

L'auscultation des poumons permet de constater l'existence d'une inspiration rude et soufflante, et à droite, on note une diminution légère des bruits respiratoires. Le tube laryngo-trachéal présente des oscillations verticales systoliques.

Il n'y a aucun signe de compression de la veine cave inférieure. On ne note aucune différence entre les deux pouls radiaux.

L'examen laryngoscopique et la radioscopie n'ont pas été pratiqués.

Opération le 13 décembre 1905. — Anesthésie chloroformique. Avec l'aide de Chifoliau, je pratique la ligature du tronc brachio-cépha-

lique, en suivant la technique indiquée par Farabeuf : incision en L avec branche verticale longue de 6 centimètres venant aboutir à la clavicule entre les deux chefs du sterno-mastoïdien et branche horizontale allant de l'extrémité inférieure de la précédente à la ligne médiane. Section du chef sternal et des muscles cléido et sterno-thyroïdien. Isolement du confluent jugulaire après section des veines thyroïdiennes inférieures entre deux ligatures. Isolement et ligature du tronc artériel.

L'opération s'effectua avec la simplicité d'un exercice cadavérique et sans le moindre incident. Cependant, au moment où le fil fut serré, il se produisit un arrêt de la respiration. Le fil fut dénoué et les mouvements respiratoires reprirent. On le serra de nouveau plus fortement. La ligature, faite à l'aide d'un fil de soie n° 2, fut placée assez exactement à la partie moyenne du tronc artériel. Je pus nettement constater l'intégrité absolue de celui-ci. Le doigt sentait au-dessous et en avant du tronc brachio-céphalique les battements de la poche anévrismale. Suture des téguments sans drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le pouls radial, qui avait disparu immédiatement après ligature, était très faiblement perçu le lendemain matin. Le pouls temporal était nettement perceptible. On ne notait aucune modification pupillaire.

Le point le plus intéressant fut une amélioration immédiate des troubles respiratoires. Dès le lendemain de l'opération, la dyspnée, qui fatiguait beaucoup la malade, avait diminué considérablement. De même, on pouvait constater une moindre saillie de la poche extra-thoracique et même une tension moins considerable de celle-ci. Quelque inexplicables que puissent paraître ces phénomènes, leur réalité n'est pas douteuse.

Les jours suivants, cette amélioration persista et la malade put quitter l'hôpital huit jours après la ligature.

Le 12 janvier 1906, la malade entra de nouveau à Laënnec, moins en raison d'une réapparition des accidents que « pour faire constater, disait-elle, à ses médecins, les bienfaits de l'opération ». Mais cette hospitalisation intempestive lui valut de contracter une broncho-pneumonie qui la retint deux mois à l'hôpital.

A sa sortie, les phénomènes de dyspnée et de cornage avaient réapparu sans présenter cependant l'intensité qu'ils avaient avant l'opération. A ce moment, la malade fut soumise à un traitement ioduré et on lui fit des piqûres de sérum gélatiné. Elle avait pu reprendre toutes ses occupations.

Je la perdis de vue jusqu'au 15 décembre 1908. A ce moment, ses troubles fonctionnels étaient très améliorés. La dyspnée n'existait pour ainsi dire plus à l'état de repos. La malade pouvait même monter les escaliers sans suffoquer, ce qui lui était auparavant impossible. Les quintes de toux qui étaient réapparues après la broncho-pneumonie, avaient cessé. La voix était normale.

Par contre, il n'existait pas de rétrocession parallèle des signes physiques. La saillie extra-thoracique persistait, et bien que la malade

prétendît qu'elle était moins marquée, il me parut difficile d'affirmer cet affaissement. En revanche, la consistance était modifiée. Alors qu'en 1905 la poche était uniformément molle, sa partie supéro-interne avait pris une consistance dure. A ce niveau, on notait du soulèvement, mais pas d'expansion. On pouvait donc penser à une coagulation partielle à l'intérieur de la poche. Le double souffle systolique et diastolique persistait.

Actuellement (décembre 1910), la malade vit toujours. Elle souffre, paraît-il, encore de temps en temps d'accidents dyspnéiques. Je n'ai pas pu obtenir de nouvelles plus précises. *La survie dépasse donc actuellement cinq ans.*

Cette observation constitue un exemple très net des améliorations notables que peuvent procurer les ligatures des gros troncs de la convexité de la crosse de l'aorte, dans les cas d'anévrisme de la portion ascendante de celle-ci. Dans notre observation le diagnostic d'anévrisme de la portion ascendante, porté par les médecins, fut vérifié au cours de l'opération.

Nous n'insisterons pas sur la technique de la ligature du tronc brachio-céphalique, puisque notre manière de procéder n'a rien présenté de particulier. La ligature nous a même paru facile, ce qui doit tenir à ce qu'en raison de l'ectasie aortique le tronc brachio-céphalique occupait une situation plus élevée que normalement.

J'aurais été heureux que mon observation pût contribuer à éclairer le mécanisme par lequel la ligature des gros troncs artériels de la crosse peut favoriser le régression des anévrismes de celle-ci. Elle ne fournit malheureusement à ce point de vue aucune donnée positive et la tentative d'explication que je propose est une simple hypothèse. On sait que les anévrismes de la portion ascendante de la crosse se développent de préférence au niveau de la paroi convexe de celle-ci. Un certain nombre de ces anévrismes affectent le type sacciforme et ne communiquent avec la cavité artérielle que par un orifice relativement étroit.

Il faut admettre d'autre part que la ligature, du tronc brachio-céphalique doit amener une augmentation de pression notable au niveau de la portion ascendante de la crosse. Cette augmentation de pression a comme conséquence forcée un redressement de la courbure de la crosse aortique, et par suite un relâchement de la paroi convexe du vaisseau. Il n'est pas illogiqne d'admettre que cette modification dans la courbure aortique puisse exercer une influence sur la forme de l'orifice anévrismal. Il est notamment possible que le relâchement de la paroi convexe favorise la rétraction des bords de l'orifice anévrismal et tende ainsi à diminuer l'étendue de celui-ci. Sans nous dissimuler le caractère hypothétique de cette explication, nous pensons qu'elle est plausible. Peut-être serait il possible de l'appuyer par des recherches expérimentales que nous n'avons malheureusement pas pu pratiquer.

J'ajouterai quelques mots, bien que justement le tronc brachio-céphalique soit une des grosses artères que je n'ai jamais eu l'occa-

sion de lier, et vous savez pourtant que j'ai lié l'aorte thoracique elle-même.

Il y a près de vingt ans que j'ai commencé à m'occuper avec intérêt des ligatures des gros troncs artériels, et à cette époque j'avais été frappé des résultats navrants obtenus par la ligature du tronc innominé. Tous les opérés étaient morts. J'avais donc gardé l'impression la plus désastreuse de mes recherches bibliographiques sur ce sujet. Mais voici qu'il faut réviser le procès, et l'observation de M. Cunéo vient à point pour attirer l'attention sur ce mode de traitement chirurgical des anévrismes de la portion ascendante de la crosse aortique.

Pour ma part, je n'ai jamais fait pour les anévrismes de l'aorte ascendante que la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière.

Depuis les thèses de Blacque, de Poivet, etc..., que j'ai inspirées, les statistiques se sont améliorées et j'ai souvent ici même eu l'occasion de parler de cette opération qui a jeté loin dans l'oubli l'introduction des corps étrangers, ou méthode de Moore, la caloripuncture, la galvanopuncture, etc...

Malgré les résultats encourageants de cette double ligature, vous avez gardé le souvenir des tentatives d'extirpation faites par Tuffier, puis par Villar (de Bordeaux). Je continue à penser qu'il y a lieu de rejeter résolument cette méthode éminemment dangereuse, et je ne reviens pas sur les arguments que j'ai déjà copieusement développés dans nos Bulletins et dans la *Revue de Chirurgie*.

Les injections de sérum gélatiné ont donné les plus grandes espérances, et dans une de nos dernières séances je vous disais mon enthousiasme pour cette méthode, qui dans un cas récent m'a donné pour un anévrisme de la sous-clavière gauche un résultat inespéré. Mais il faut bien savoir que les effets sont inconstants. Aussi, pour ma part, suis-je bien décidé à ne prendre le bistouri pour les anévrismes de la base du cou et du thorax qu'après avoir essayé l'emploi du sérum gélatiné. C'est ce qui a été fait, d'ailleurs, pour la malade de M. Cunéo. J'indiquerai dans une communication ultérieure les précautions qu'il faut prendre selon moi au cours de ce traitement par le sérum gélatiné.

J'arrive ainsi aux cas où tous les moyens médicaux ayant échoué, comme dans le cas présent, on a le devoir d'intervenir chirurgicalement. Je suis très disposé, après le mémoire de M. Cunéo, à préconiser la ligature du tronc brachio-céphalique.

On pourrait craindre évidemment la gangrène du membre supérieur, par difficulté de l'établissement de la circulation collatérale ; il est clair que la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes laisse libres toutes les branches intra-scaléniques, ce qui

constitue une importante différence entre les ligatures du tronc innominé et de la sous-clavière, au point de vue de la circulation du membre supérieur droit. Mais c'est là une vue *a priori*, et le fait de M. Cunéo est un exemple remarquable, puisque le pouls radial était perceptible dès le lendemain de son opération. J'ai pourtant eu un de mes opérés de ligature de la sous-clavière qui a eu une parésie post-opératoire du membre avec une grosse atrophie musculaire. (Il est vrai qu'il y avait là une question complexe d'arthropathie rhumatismale ancienne de l'épaule qui prêtait à discussion.)

En réalité, les observations montrent que la crainte du sphacèle du membre ne doit pas arrêter le chirurgien.

Le deuxième point sur lequel j'appelle l'attention, c'est la gravité opératoire de cette ligature du tronc innominé.

Dans un travail publié en novembre 1908, Burns (1) a recueilli trente-huit observations de ligature du tronc brachio-céphalique. Il y joint huit observations dans lesquelles un gros tronc artériel de la bas du cou fut lié « comme étant le tronc innominé », mais sans qu'il soit démontré que la ligature ait effectivement porté sur celui-ci. Il signale également cinq cas dans lesquels l'opération pratiquée en vue de lier ce vaisseau n'a pu être terminée. Presque toujours cette ligature a été faite pour des anévrismes sous-claviers ou carotidiens droits, et dans deux cas il s'agissait d'hémorragies traumatiques. Dans ces relevés très soignés de Burns, on ne trouve aucun cas de ligature du tronc brachio-céphalique pour anévrisme de la crosse de l'aorte. Ce fait souligne l'importance de l'observation de M. Cunéo.

Depuis le travail de Burns, et ses 38 observations, on doit citer l'observation de P. Herzen (1), ce qui fait 40 cas de ligature en comptant l'observation personnelle de Burns. La mortalité globale est de 77 p. 100. Mais remarquons que si on ne prend que les observations postérieures à 1890, on trouve 5 morts et 6 guérisons, soit un pourcentage de 45 p. 100 de mortalité. Et les 7 observations postérieures à 1900, de Hernandez (*Wiener med. Blätt.*, 30 août 1900), de Laup (*Philadel. med. Journ.*, 26 janv. 1901), Ballance (*Lancet*, 1er nov. 1902), Sheen (*Ann. Surg.*, juillet 1905), Burns, Cunéo, ces 7 observations ne donnent plus que 2 morts : la mortalité tombe donc à 28 p. 100 au lieu des 77 p. 100 de tout à l'heure.

(1) Burns. Successful ligation of the innominate artery. *Journal of the American medical Association*, 14 nov. 1908, vol. LI, n° 20, p. 1671.

(2) P. Herzen. Sur un cas de ligature du tronc brachio-céphalique pour un anévrisme artério-veineux de la carotide primitive. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, mars 1910, vol. CIV, fascic. 3-4, p. 241.

Comme on le voit, la gravité de l'opération ne doit plus effrayer le chirurgien.

D'ailleurs, M. Cunéo a fait une remarque sur laquelle mon attention avait déjà été attirée au cours d'une de mes premières opérations de ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière. La ligature du tronc innominé est beaucoup plus facile en général quand l'anévrisme siège sur l'aorte ascendante. Il semble que la portion horizontale est refoulée en haut par la tumeur et le tronc innominé en est remonté d'autant et devient plus aisément accessible.

Cette disposition était si frappante dans ma première opération que j'étais tenté de faire cette ligature j'y renonçai uniquement à cause des désastres que cette opération avait toujours causés jusque-là, comme je l'avais vu par mes recherches biblographiques. Actuellement, après la lecture de l'observation de M. Cunéo, je n'hésiterais plus.

Il ne faut pas comparer cette ligature faite pour des anévrismes thoraciques qui soulèvent et refoulent en l'extériorisant le tronc innominé avec les ligatures pratiquées pour des anévrismes du cou qui produisent l'effet inverse en repoussant dans le thorax le tronc brachio-céphalique. Aisée dans le premier cas, elle peut être très laborieuse dans le second; la preuve, c'est que dans cinq cas de ce dernier genre elle n'a pu être effectuée.

Reste enfin la question d'efficacité. Il est bien évident que l'action de la ligature de l'innominée doit être plus directe et plus intense que la ligature de la carotide et de la sous-clavière, et que cette ligature doit être préférée. Cependant, dans bon nombre de cas, et surtout lorsque le tronc brachio-céphalique est pour ainsi dire « mangé » par l'anévrisme aortique, il faut se borner à la ligature à distance, et ne pas s'acharner à placer un fil sur le tronc lui-même.

Le mode d'action de ces ligatures est le même sur l'anévrisme aortique; il n'y a qu'une différenee du plus au moins, et on se rappellera que le mieux est souvent l'ennemi du bien.

Je n'insiste pas sur l'explication de l'action de ces ligatures sur la poche anévrismale de l'aorte. J'ai donné une explication avec Barwell. M. Le Dentu a émis l'hypothèse de « la trompe à eau ». M. Cunéo donne une troisième opinion.

Hypothèse pour hypothèse, on me pardonnera de garder la mienne, bien qu'elle ne soit probablement pas plus vraie que les deux autres. L'essentiel, c'est que l'action favorable soit bien réelle, et cela est bien hors de doute, comme en témoigne encore après cinq ans l'observation de M. Cunéo.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites dans la littérature étrangère, très pauvre d'ailleurs en observations de ce

genre, ne nous ont pas mis sous les yeux une seule observation de ligature de l'innominée pour la cure des anévrismes de l'aorte ascendante. L'observation de M. Cunéo que je vous ai rapportée semble donc être la première. Je ne doute pas que ce chirurgien n'ait des imitateurs, et dans tous les cas, son beau succès légitime la longueur des considérations qui précèdent.

Je vous propose de féliciter M. Cunéo de son mémoire que je me suis hâté de vous rapporter, par crainte d'être gagné de vitesse par une prochaine élection de membre titulaire de notre Société.

Discussion.

M. Quénu. — A titre de renseignement, je demande à M. Guinard sur quels signes ou sur quelles constatations M. Cunéo s'est basé pour admettre l'existence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte plutôt que celle d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique ? Une radiographie a-t-elle été faite ? Il est remarquable, en tout cas, que la ligature du tronc brachio-céphalique n'ait déterminé aucun trouble dans la circulation du membre supérieur.

M. Guinard. — L'opérateur a vu une crosse artérielle de laquelle se détachait le tronc brachio-céphalique; il en a conclu que c'était la crosse de l'aorte. Je pus, dit-il même, constater l'*intégrité absolue* de ce tronc.

L'examen radioscopique ou laryngoscopique n'a pas été pratiqué. Quant à la circulation collatérale, je ne vous dirai pas par quelle voie elle s'est rétablie; il y a des anastomoses, par les intercostales et les carotides en particulier, qui permettent de se l'expliquer : en tout cas, le fait est là, elle s'est rétablie.

Enfin, au point de vue du siège de l'anévrisme, j'ai toute confiance en M. Cunéo, quand il écrit : « Le diagnostic d'anévrisme de la portion ascendante (de l'aorte), porté par les médecins, fut vérifié au cours de l'opération. » Et devant cette affirmation, je ne vois pas qu'il y ait lieu de faire des réserves telles que celles de M. Quénu.

M. Tuffier. — Quel est le pourcentage de l'efficacité des ligatures simultanées de la carotide et de la sous-clavière dans les anévrismes de la crosse de l'aorte ?

M. Savariaud. — Il me semble que la guérison s'explique très bien par le mécanisme de la stagnation qui favorise la formation des caillots.

M. Guinard. — Je n'ai pas présent à la mémoire le pourcentage demandé par Tuffier : cela sort d'ailleurs de la question que je traite aujourd'hui et qui a trait uniquement à la ligature du tronc innominé appliquée à la cure des anévrismes de l'aorte ascendante.

Communication.

De l'appendicostomie et de la cæcostomie dans le traitement chirurgical des colites rebelles,

par M. O. JACOB.

J'ai eu l'occasion de traiter, l'un par la cæcostomie, l'autre par l'appendicostomie, deux malades atteints de colite dysentérique chronique grave. Je voudrais, à propos de ces deux malades, aborder devant vous l'étude du traitement chirurgical des colites rebelles. C'est là, Messieurs, vous le savez, une question qui est depuis quelques années déjà à l'ordre du jour à l'étranger, et notamment en Angleterre et en Amérique, où elle a fait l'objet de nombreux et importants travaux.

Par contre, en France, et dans les pays de langue française, elle a été peu discutée et les publications sur cette question sont des plus rares. Je ne connais que l'observation de Folet, communiquée au Congrès de Chirurgie de 1885: l'observation de Phocas, rapportée au Congrès de Chirurgie de 1901 ; l'excellente thèse de Labey (*Thèse de Paris*, 1902), dans laquelle se trouve une observation de Quénu ; la thèse de Bouvier (*Thèse de Paris*, 1909), qui ne relate aucune observation française nouvelle; quatre très brèves observations rapportées par Hartmann, Vidal, Delagenière à la suite d'une communication de Lapeyre au Congrès de Chirurgie de 1909; deux courtes observations présentées par Poucel, à la Société de Chirurgie de Marseille, en 1910; enfin tout récemment une belle observation de Verhoogen communiquée à la Société belge de Chirurgie le 26 décembre 1910. Ces quelques observations représentent, sauf oubli de ma part, la contribution apportée par la science française à l'étude du traitement chirurgical des colites graves et rebelles; elles font, il faut l'avouer, bien piètre figure à côté des très nombreuses observations publiées en Angleterre et en Amérique.

Comment expliquer cette pénurie de documents français ? Ce n'est certainement pas par l'extrême rareté des colites graves et rebelles. Ces affections, en effet, notamment les colites muco-membraneuses et les colites ulcéreuses dysentériformes, sans être, peut-être, aussi fréquentes qu'en Angleterre et en Amérique, sont loin d'être très rares chez nous.

La vraie raison, je crois, c'est qu'en France les colites sont considérées comme étant exclusivement du ressort de la médecine et ce n'est que par hasard que le chirurgien est appelé à les traiter.

Il en a été ainsi pour les deux malades que j'ai pu opérer : l'un est entré directement dans mon service avec le diagnostic de péritonite aiguë, l'autre a été vu par moi, à l'occasion d'un remplacement, dans un service de médecine, où il se trouvait depuis plusieurs mois.

Convainquons donc nos collègues de médecine. Démontrons-leur que, lorsqu'une colite reste rebelle au traitement médical, une opération simple, bénigne, peut arrêter les accidents. Et nous verrons sans doute, pour le plus grand bien des malades, augmenter le nombre de nos observations.

Messieurs, le traitement chirurgical a été appliqué avec succès à toutes les formes de colite grave et rebelle, à la colite muco-membraneuse et aux différentes colites ulcéreuses, en particulier à la colite ulcéreuse dysentérique.

Je ne m'occuperai, dans cette communication, que de la colite ulcéreuse dysentérique chronique, la seule que j'ai eu l'occasion de traiter : c'est, du reste, une des plus rebelles; c'est aussi la plus grave. Sa mortalité oscillerait, d'après Vaillard et d'après L. Mummery, entre 50 et 80 p. 100. Dans cette forme de colite, on le sait, les lésions sont localisées au gros intestin et l'intéressent souvent dans sa totalité, du cæcum jusqu'au rectum inclus.

Trois opérations sont utilisées dans le traitement chirurgical des colites rebelles, savoir : l'*appendicostomie*, la *cæcostomie*, l'*iléo-sigmoïdostomie*.

De ces trois opérations, les deux premières seules peuvent être employées contre la colite dysentérique chronique. L'iléo-sigmoïdostomie, en effet, en raison même de la diffusion des lésions à tout le gros intestin, n'a pas d'indications, tout au moins primitivement.

Quelle est la valeur de ces deux opérations? L'appendicostomie, comme le prétendent la plupart des chirurgiens anglo-américains, doit-elle, dans la dysenterie chronique comme dans les autres formes de colite rebelle, remplacer la cæcostomie, et celle-ci n'a-t-elle plus raison d'être (Wallis)?

Voilà ce que je voudrais essayer d'étudier devant vous.

Occupons-nous tout d'abord de l'appendicostomie.

L'appendicostomie, née en Amérique, est de date toute récente. Proposée par Keetley en 1894 et pratiquée pour la première fois par R. Weir en 1902, elle consiste dans l'abouchement de la cavité de l'appendice à la peau de l'abdomen, dans le but de faire par le canal appendiculaire, des lavages modificateurs du gros intestin. Cette opération jouit en Amérique et en Angleterre de la faveur des chirurgiens; elle a été pratiquée un grand nombre de fois et elle a supplanté à peu près complètement la cæcostomie.

J'ajouterai, en passant, que l'appendicostomie, créée primitivement pour le seul traitement des colites graves et rebelles, a vu étendre ses indications au drainage du gros intestin, et vous vous souvenez que Segond, ici même, il y a sept ans, s'est fait le premier le défenseur de cette opération dans les cas d'occlusion pour cancer des côlons.

L'appendicostomie, je le dis tout de suite, est une opération simple, bénigne. Elle m'a donné dans un cas de dysenterie grave, et qui avait résisté à tous les traitements médicaux pendant un an et demi, un très bon résultat.

Voici l'observation de ce cas :

Soll..., soldat au 2e étranger, âgé de trente et un ans, entre dans mon service, au Val-de-Grâce, le 9 mars 1911, pour des accidents péritonéaux survenus brusquement au cours d'une convalescence de dysenterie. Cette dysenterie a été contractée au Tonkin en septembre 1909. Elle a été très grave dès son début (40 à 50 selles par jour, sanguinolentes, horriblement fétides ; amaigrissement de 25 kilogrammes en vingt jours) et a nécessité son rapatriement. Depuis son retour en France, la dysenterie persiste avec des périodes d'amélioration et d'aggravation et a nécessité, en six mois, trois nouvelles entrées à l'hôpital. Le 8 mars, à 9 heures du soir, S..., en convalescence depuis un mois au bastion 84, est pris brusquement d'une violente douleur dans la partie supérieure de l'abdomen et de vomissements répétés; en même temps, les selles augmentaient de fréquence (une selle toutes les demi-heures) et reprenaient le caractère dysentérique (sang, glaires et pus) qu'elles avaient perdu depuis quelques jours. Il est envoyé d'urgence à l'hôpital.

Examen à son entrée, le 9 mars. — Malade très amaigri, mais non cachectique. Facies grippé. Ventre un peu ballonné, dur dans sa portion sus-ombilicale, où la pression réveille une vive douleur, assez souple dans sa portion sous-ombilicale, où la palpation permet de reconnaître l'S iliaque indurée, très douloureuse sur tout son trajet. Le cæcum et le côlon ascendant sont eux-mêmes perceptibles et douloureux à la palpation, mais moins que l'S iliaque. Quant au côlon transverse, il ne peut être exploré. Le toucher rectal, douloureux, montre une muqueuse épaissie, un peu saignante au toucher.

Deux vomissements porracés. Pouls 86. Température normale. Selles dysentériques typiques dans lesquelles on trouve des amibes vivantes. Rien d'anormal à signaler dans les autres organes et appareils.

Sous l'influence de l'application de glace sur le ventre, de la diète absolue et des injections de sérum, les accidents péritonéaux disparaissent rapidement, et dès le 12 mars le régime lacté et les lavements au permanganate de potasse sont repris. Après une amélioration qui persiste quelques jours, les selles dysentériques et les douleurs reparaissent (6 selles le 16, 13 le 17).

Le malade est opéré le 20 mars.

Opération. — Traversée de la paroi abdominale au niveau de la région

appendiculaire, par dissociation musculaire : l'ouverture pariétale mesure 4 centimètres environ. L'appendice, long, mais replié sur lui-même en tire-bouchon, ne peut être déroulé pour être amené au dehors. Force est de le séparer de son méso sur une partie de sa longueur; mais sa base, sur une étendue de 2 centimètres, conserve ses connexions avec lui. La portion flottante du méso est réséquée après ligature. Quant à l'appendice, il est attiré hors de la plaie, et sa base, avec la portion avoisinante du cæcum, est fixée par deux points latéraux, musculo-séreux, à la boutonnière faite au péritoine pariétal en ménageant, cela va sans dire, le méso restant. La plaie est ensuite refermée complètement. L'appendice extériorisé n'est pas sectionné.

Suites opératoires. — Douleurs abdominales assez vives le premier jour. Le deuxième jour, en découvrant la région opératoire pour ouvrir l'appendice et l'aboucher à la peau, je le trouvai sphacélé dans toute sa portion dépourvue de méso. Heureusement sa base restait indemne et je pus, après section de la portion sphacélée au ras de la peau, y introduire une sonde n° 14 que je laissai à demeure pendant trois jours. La muqueuse de l'appendice ne put être suturée à la peau. Il n'y eut aucun autre incident.

Les lavages furent commencés dès le deuxième jour après l'opération et continués tous les jours pendant la première quinzaine, puis tous les deux jours. Le liquide utilisé a été de l'eau bouillie, puis du nitrate d'argent au 1/4000; mais, même à cette faible dose, la solution de nitrate d'argent était mal supportée par le malade; elle déterminait des coliques et je revins très vite à l'eau bouillie. Trois litres de liquide tiède étaient employés pour le lavage; ils étaient injectés lentement et avec une faible pression.

Dès les premiers lavages, l'amélioration s'est manifestée d'une façon nette : les douleurs se sont atténuées, les selles se sont espacées et ont perdu leur caractère dysentérique.

Actuellement, deux mois et demi après l'opération, l'état du malade est le suivant :

Les forces et l'appétit sont revenus; le poids a augmenté de 8 kilogrammes, l'état général est parfait. Les signes de dysenterie ont disparu, il n'y a plus de sang ni de graisse dans les selles qui sont redevenues moulées, et l'alimentation normale a pu être reprise depuis plus d'un mois. L'S iliaque et le cæcum sont, à la palpation, souples et indolores; le toucher rectal n'est plus douloureux et montre une muqueuse normale. Mais il persiste, au niveau de la portion gauche du côlon transverse, un point douloureux à la pression, et des coliques qui surviennent irrégulièrement et qui se localisent au même niveau.

La radiographie montre l'existence, en ce point, d'une coudure très marquée du côlon transverse, avec rétrécissement de son calibre. Il s'agit sans doute, soit d'un rétrécissement cicatriciel, consécutif à la guérison d'une ulcération dysentérique étendue et profonde, soit d'une adhérence due à un point de péritonite péricolique. Quoi qu'il en soit, si ces troubles persistent (et ils paraissent s'atténuer), ils seront justiciables d'une opération complémentaire (section de bride, iléo-sigmoï-

dostomie). Quant à la fistule appendiculaire, elle est restée perméable et continente et, par elle, le malade continue à laver son gros intestin tous les deux jours.

Messieurs, l'observation que je viens de vous lire est semblable, dans ses grandes lignes, aux observations de colite grave et rebelle publiées par les chirurgiens anglo-américains (Dawson, *The British Med. J.*, 1909, p. 78; Willis, *Lancet*, 1906, p. 1180; L. Mummery, *Lancet*, 1907 et *British M. J.*, 1909; Wallis, *British Med. J.*, 1909, etc., etc.), et à l'observation communiquée tout récemment à la Société belge de Chirurgie par Verhoogen. Dans tous les cas, l'appendicostomie a donné des résultats immédiats; — je dis immédiats, car les renseignements sur les résultats éloignés font malheureusement défaut le plus souvent; — a donné, dis-je, des résultats immédiats, excellents, surtout dans les formes de gravité moyenne et dans les cas assez récents. Même dans les formes sévères et anciennes (dans le cas de Verhoogen, par exemple, il s'agissait d'une dysenterie datant de deux ans et d'un malade cachectique), le résultat a été, en règle générale, remarquable.

Toutefois, dans certains de ces cas anciens, la guérison ne peut être considérée comme complète : il persiste après l'opération certains troubles qui, comme chez mon malade, sont d'origine cicatricielle; une intervention plus précoce eût sans doute permis de les éviter.

Quoi qu'il en soit, les excellents résultats donnés par l'appendicostomie ont été obtenus à peu de frais pour la malade.

L'appendicostomie, en effet, est une opération bénigne : je n'ai pas trouvé, dans mes recherches, de cas de mort qui lui soit imputable. D'autre part, elle n'entraîne aucune infirmité : c'est une simple fistule, continente, ne donnant issue ni aux matières fécales, ni au liquide des lavages; à ce point de vue, elle est de beaucoup supérieure à la cæcostomie, véritable anus artificiel particulièrement gênant pour le malade. Enfin, l'appendicostomie est une opération très simple. Il convient de signaler cependant que, dans certains cas, l'opération typique ne peut être exécutée, lorsque, par exemple, l'appendice est adhérent à la fosse iliaque ou lorsque sa cavité est oblitérée (4 fois sur 100 d'après Dawson); en pareil cas, il faut fixer à la boutonnière péritonéale la portion du cæcum sur laquelle s'implante l'appendice et, après résection de ce dernier, utiliser son embouchure ou son point d'implantation pour créer la fistule. On peut également voir, parfois, une gangrène de l'appendice se produire. Curl l'a observé trois fois et moi-même, chez mon malade, j'ai vu, sans inconvénients d'ailleurs, toute la portion de l'appendice dépourvue de méso se sphacéler.

C'est en effet la section ou la ligature du méso, ou encore la torsion de l'appendice, qui est la cause de cet accident. Il faudra donc s'attacher, en cours de l'opération, à ménager avec soin le méso dans le temps de la fixation de l'appendice au péritoine pariétal.

Au total, on peut dire que l'appendicostomie est une opération simple, bénigne, qui donne dans le traitement de la dysenterie chronique des résultats immédiats excellents.

Occupons-nous maintenant, si vous le voulez bien, de la cæcostomie.

La *cæcostomie* (1) est, comme son nom l'indique, un véritable anus artificiel créé sur le cæcum; elle a pour but d'exclure le gros intestin de la circulation des matières fécales et de permettre de pratiquer, par l'anus cæcal, des lavages modificateurs de la muqueuse colique. Exécutée par Folet (de Lille), le premier, en 1884, elle n'a été utilisée qu'un petit nombre de fois contre la dysenterie. Labey, dans sa thèse, en rapporte 10 observations, dont une appartient à Quénu. Herrick (*Med. Record*, 1909) l'a employée 11 fois, Poucel 2 fois. J'ai eu l'occasion moi-même de la pratiquer, il y a trois ans, sur un malade, dont l'histoire, bien qu'un peu longue, est particulièrement intéressante.

Il s'agit d'un soldat de la légion étrangère, Def..., âgé de quarante ans, ni tuberculeux, ni syphilitique, qui a contracté la dysenterie à Madagascar en 1905, et qui, depuis cette époque, jusqu'au mois de juin 1908, a épuisé successivement, sans bénéfices durables, tous les traitements médicaux utilisés contre la dysenterie. La situation s'est aggravée pendant les premiers mois de 1908, et lorsque je vis le malade pour la première fois, le 1er juillet 1908, à l'hôpital de Saïda, où il était en traitement déjà depuis plusieurs mois, son état était véritablement lamentable.

Cachectique, n'ayant plus que la peau sur les os (poids, 40 kilogrammes), très anémié, le malheureux est miné par la suppuration et la souffrance. Les selles horriblement fétides, et composées surtout de pus et de sang, sont au nombre invraisemblable de 130 à 150 par jour. L'alimentation, exclusivement liquide (lait avec jaunes d'œuf), est réduite le plus possible par le malade lui-même pour diminuer la fréquence des selles et les douleurs atroces qui les accompagnent. La température oscille autour de 38°5, 39 degrés le soir. Le foie et la rate,

(1) Sous ce même nom de *cæcostomie*, quelques chirurgiens anglo-américains désignent la simple fistulisation du cæcum, opération destinée uniquement, comme l'appendicostomie, à permettre le lavage du gros intestin, et non, comme la véritable cæcostomie, à exclure ce gros intestin de la circulation des matières. Curl (*An. of Surgery*, 1906) la considère comme supérieure à l'appendicostomie.

cette dernière surtout, sont hypertrophiés. Il y a un peu d'albumine dans les urines (0 gr. 50 par litre).

Le ventre, légèrement ballonné, est facilement dépressible et on peut percevoir assez aisément, au travers de la paroi, le gros intestin, sous la forme d'un boudin dur, très douloureux à la palpation sur toute son étendue; la masse grêle, au contraire, encadrée par lui, est indolore.

Sur la marge de l'anus se voient deux fistules. Quant au canal ano-rectal, il est béant, très rétréci, admettant à peine la dernière phalange du petit doigt, très douloureux au toucher; ses parois sont indurées et ulcérées.

Le malade refuse de se soumettre à de nouveaux traitements médicaux et manifeste des idées de suicide.

Il accepte la cæcostomie que je lui propose. Je pratique l'opération le lendemain 2 juillet 1908, à la cocaïne et en deux temps, par le procédé de Maydl-Reclus.

Le cæcum et le côlon descendant ont des parois épaissies et indurées. Ils sont étroitement appliqués contre le plan profond de l'abdomen e doivent être mobilisés par décollement pour pouvoir placer sous l'origine du côlon ascendant la tige rigide (tube de verre), destinée à maintenir hors du ventre l'intestin et à le couder.

Le 4 juillet, le cæcum est incisé sur une longueur de 4 centimètres environ, et l'on aperçoit sur sa muqueuse, en regard de l'orifice créé au thermo-cautère, une ulcération dysentérique, large comme un pièce de 1 franc.

Dès la fixation de l'intestin, c'est-à-dire dès le 2 juillet, le malade accuse une diminution notable des douleurs. A partir du 4 juillet, jour de l'ouverture du cæcum, l'amélioration s'accentue et fait en quelques jours des progrès extraordinaires. Les douleurs s'atténuent, puis disparaissent pour n'être plus réveillées que par la pression et les lavages. L'alimentation peut être reprise. Bref, c'est une véritable résurrection : le malade dort, mange, engraisse.

Le 7 juillet, je commence par le bout supérieur de l'anus cæcal, les lavages du gros intestin, d'abord deux fois par jour, puis tous les jours, ensuite tous les deux jours. Mais malgré toutes les précautions prises, ces lavages sont extrêmement douloureux et il me faut user de toute mon influence sur le malade pour les lui faire accepter. L'eau bouillie, le nitrate d'argent, le permanganate de potasse, le bismuth, le bleu de méthylène sont successivement utilisés.

Six mois après l'opération, l'état général est excellent, le malade a engraissé de 27 kilogrammes. L'écoulement du sang et du pus par l'anus vrai a diminué, mais il persiste encore; les lavages, de plus en plus douloureux, ne sont plus faits que d'une façon irrégulière. L'S iliaque et le côlon ascendant sont toujours indurés et douloureux; le côlon transverse est, lui aussi, encore sensible.

Pendant l'hiver 1909, le malade est atteint d'une forte bronchite, et sous l'influence des efforts de toux, il se produit un prolapsus du cæcum par l'anus artificiel.

En juillet 1809, après dilatation préalable du rectum au moyen des

bougies d'Hégar, une tentative de rétrécissement de l'anus artificiel est pratiquée par notre distingué collègue Lenormant, sur l'invitation de mon agrégé R. Picqué, qui me suppléait dans mon service à cette époque. Mais les douleurs, l'écoulement du pus et du sang reparaissent aussitôt avec une intensité telle qu'il faut, d'urgence, redonner à l'anus cæcal ses dimensions primitives. Les accidents cessent aussitôt.

Le malade quitte l'hôpital le 1er septembre. Il y rentre de nouveau en février 1910, pour faire liquider sa pension de retraite. Je lui propose de tenter la fermeture de l'anus artificiel. Mais, pour éviter le retour des accidents qui se sont produits en juillet dernier, je veux tout d'abord me rendre compte, *de visu*, de l'état du gros intestin, qui reste toujours perceptible à la palpation sous la forme d'une corde dure et douloureuse. Je pratique, à cet effet, une laparotomie latérale gauche.

Mais je trouve des lésions telles du gros intestin que tout espoir de fermer l'anus artificiel doit être abandonné : toute la portion accessible du côlon (S iliaque, côlon descendant) se présente sous la forme d'un boudin fibro-lipomateux jaunâtre, large de 5 centimètres environ, plaqué contre la paroi postérieure de l'abdomen, et dans lequel un cordon blanchâtre, gros comme un crayon, d'une dureté cartilagineuse, représente le tube intestinal.

L'intestin ulcéré, enflammé chroniquement, s'est sclérosé et, tout autour de lui, son atmosphère celluleuse a subi cette hypertrophie fibrolipomateuse qu'on trouve souvent autour des vieilles inflammations rénales et vésicales. Je referme le ventre et le malade quitte l'hôpital gardant son anus cæcal.

Actuellement, trois ans après la cæcostomie, son état est le suivant :

Etat général parfait; le malade a récupéré toute sa force, sa vigueur et sa santé; ses digestions sont normales.

Il n'existe plus de douleurs spontanées; mais la pression de l'S iliaque et du côlon ascendant est toujours sensible. Il persiste par l'anus vrai un peu de sécrétion muco-purulente, mais on n'y décèle pas la présence d'amibes.

Le rectum est très rétréci.

L'anus artificiel est incontinent et la face interne du cæcum se prolabe au dehors au moindre effort. Les matières qui sortent par cet anus cæcal sont ordinairement pâteuses et restent dans cet état pourvu que le malade s'abstienne de légumes verts et d'ingestion de boissons abondantes, notamment du vin. La peau du pourtour de l'anus n'est pas irritée. Le malade a abandonné tout appareil récepteur des matières : il les accuse d'avoir produit le prolapsus.

Il se contente d'un large et épais pansement ouaté qu'il renouvelle deux fois par jour.

Telle est, Messieurs, l'observation de mon malade. Elle nous montre ce qu'on peut attendre de la cæcostomie dans des cas en apparence désespérés. Elle nous montre aussi quelles peuvent être les conséquences éloignées des ulcérations dysentériques

étendues. Enfin, elle prouve que l'exclusion totale du gros intestin est compatible avec une santé parfaite.

La cæcostomie, ai-je dit plus haut, n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois dans la dysenterie chronique.

Ses résultats sont les suivants : sur les 10 cas relevés par Labey, 6 guérisons et 4 morts; sur les 11 cas de Herrick, 7 morts; sur les 2 cas de Poucel, 1 guérison, 1 mort. Il semble donc, à ne considérer que ces chiffres, que la gravité de la cæcostomie soit considérable et qu'elle contraste singulièrement avec la bénignité de l'appendicostomie. Il n'en est rien cependant. Dans aucun des cas précités la mort n'est imputable à l'opération. Ou bien le malade a été opéré *in extremis* et l'intervention trop tardive n'a pu arrêter la marche des accidents (il en a été ainsi dans les cas de Folet, de Powel, dans un cas de Curl, où le blessé succomba avant l'ouverture du cæcum); ou bien la mort a été la conséquence d'une maladie intercurrente, ou antérieure à l'opération (pneumonie, phlébite, néphrite, abcès du foie, tuberculose pulmonaire).

La cæcostomie, en effet, n'est pas, par elle-même, une intervention particulièrement grave, surtout quand on la pratique en deux temps, comme du reste le conseillent tous les auteurs. Mais elle a été surtout faite, jusqu'à ce jour, chez des malades très gravement atteints, et cela explique son apparente mortalité.

Quant à ses résultats éloignés, ils sont excellents. Dans aucun des cas terminés par la guérison, dit Labey, il n'est noté de récidive; tous les malades, revus un certain temps après leur sortie de l'hôpital, se portaient bien, et ceux dont l'anus artificiel était fermé, soit spontanément, soit chirurgicalement, avaient des défécations normales. La guérison, on le voit, est donc complète. Mais, il faut l'avouer, cette guérison est achetée au prix d'une pénible infirmité, temporaire le plus souvent c'est vrai, mais qui cependant peut devenir définitive.

Dans ces conditions, et alors que le chirurgien a à sa disposition une opération plus simple, moins grave, susceptible, d'après ses partisans, de donner des résultats équivalents, sans laisser après elle la moindre infirmité, dans ces conditions, dis-je, on peut se demander si la cæcostomie a encore quelques indications.

Eh bien, pour mon compte, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il est des cas de dysenterie où la cæcostomie se présente comme une véritable opération d'urgence et où, seule, elle peut arracher le malade à la mort. Ce sont les cas de dysenterie suraiguë, foudroyante en quelque sorte (Herrick). Ce sont aussi les cas de dysenterie chronique particulièrement grave et rebelle, dans lesquels la longue durée de l'affection, l'induration douloureuse de tout le gros intestin, la fréquence des selles et l'abondance dans ces selles

du pus et du sang témoignent indubitablement de l'existence d'ulcérations nombreuses, étendues et profondes. Dans ces cas, il faut faire plus que des lavages, la seule chose que permette l'appendicostomie ; il faut aussi mettre le gros intestin au repos complet, l'exclure de la circulation des matières fécales, et, cela, dans le but d'arrêter le plus rapidement possible le processus ulcératif et de s'opposer ainsi, s'il en est temps encore, à la formation de ces rétrécissements inopérables qui, comme chez le dernier malade dont je vous ai rapporté l'histoire, nécessitent la permanence de l'anus cæcal.

En résumé, et pour conclure, je dirai : Toute colite dysentérique grave, et rebelle à un traitement médical bien conduit et prolongé pendant trois ou quatre mois, doit être traitée chirurgicalement.

L'appendicostomie, opération simple, bénigne, ne laissant aucune infirmité après elle, est l'intervention de choix. Pratiquée tôt, elle peut donner une guérison complète.

Quant à la cæcostomie, opération moins simple, plus grave, beaucoup plus gênante que la précédente, elle sera réservée aux cas dans lesquels la mise au repos complet et rapide du gros intestin s'impose. Elle sera dans ces cas la seule chance de salut pour le malade.

Présentations de malades.

Fracture intercondylienne incomplète du fémur. Hémarthrose du genou.

M. Walther. — Je vous présente un malade qui est entré dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 1er mai, pour une hémarthrose du genou droit, consécutive à un traumatisme remontant au 27 avril.

L'examen clinique ne nous avait révélé aucune trace de fracture ni du tibia, ni de la rotule, ni du fémur, mais cependant l'existence d'un point douloureux sur la portion externe de la trochlée immédiatement au-dessus de l'angle supéro-externe de la rotule.

La radiographie nous révéla l'existence d'une fissure intercondylienne bien limitée à l'espace intercondylien, et qui, sur la radiographie de face, semble limitée à une hauteur de 2 ou 3 centimètres, mais, sur la radiographie de profil, semble peut-être remonter plus haut, presque jusqu'à la base des condyles.

Ce fait m'a paru intéressant à cause de la localisation si exacte

des lésions, qu'on n'a pas souvent, je crois, l'occasion d'observer à ce premier degré. Il y a là l'amorce d'une fracture unicondylienne, peut-être d'une fracture plus complexe, et il est important d'étudier, en face de ces constatations radiographiques, les renseignements fournis par le malade sur le mécanisme de la lésion.

Il raconte d'une façon très précise la façon dont il est tombé. Le 27 avril, en descendant du métro, il est tombé à genoux sur la dalle. Il sortait du wagon en marchant de biais, à cause de la grande affluence de voyageurs; il butta contre le pied du voisin qui le précédait et tomba sur le côté droit, la jambe fléchie sur la cuisse et c'est le côté droit du genou qui a porté sur la dalle.

Donc chute et choc direct sur la face externe du condyle externe, la jambe portée en flexion et prise sous le corps.

Or, ce n'est pas le choc direct sur le condyle qui peut avoir produit cette fissure intercondylienne, non plus que l'arrachement par le ligament latéral externe qui pourrait être invoqué s'il s'agissait d'une fracture totale du condyle externe. Peut-être faudrait-il invoquer une action des ligaments croisés difficile elle-même à établir nettement ou une fissure à distance en un point particulièrement faible.

Quoi qu'il en soit, il m'a semblé intéressant de vous présenter ce malade et ces radiographies.

Appendicostomie et cæcostomie.

M. Jacob. — Je vous présente, Messieurs, les deux malades auxquels je fais allusion dans ma communication. Vous voyez leur bon état général.

Gastrostomie par torsion.

M. Souligoux. — Le malade que je vous présente a été opéré par moi, il y a dix-huit jours, pour sténose complète de l'œsophage.

Vous pouvez voir que sa fistule est d'une continence parfaite, et qu'il va sans pansement et sans sonde à demeure. C'est donc un résultat parfait.

Fracture vicieusement consolidée de la jambe gauche, section des os, suture après mise en position normale. Guérison. — Déglutition d'un long couteau rendu par les voies naturelles.

M. Souligoux. — Ce n'est qu'incidemment que je présente ces radiographies, car ma communication n'a pour but que d'appuyer ce que nous disait Sebileau dans la précédente séance : à savoir qu'il ne faut pas se presser d'intervenir pour les corps étrangers, et qu'il y a lieu d'attendre beaucoup de la nature.

Le malade, atteint de débilité mentale, me raconta qu'en se grattant la gorge il avait avalé son couteau. Je n'en crus rien, la surveillante m'ayant affirmé que tous ses vêtements lui avaient été enlevés, et qu'il ne pouvait avoir de couteau. Un mois après, il rendit par l'anus le couteau que vous voyez. Il est fermé, long de 11 centimètres, large de 3 centimètres : il présente des arêtes qui cependant ne l'ont pas empêché de passer.

J'avais vu autrefois chez M. Tillaux un jeune homme qui avait avalé treize morceaux d'une glace de portrait, et qu'il avait rendus sans incident.

C'est dire que, même si j'avais été convaincu que ce malade eût véritablement avalé son couteau, je ne l'eusse pas opéré immédiatement : j'aurais attendu la production d'accident pour intervenir.

M. Sebileau. — Je remercie mon ami Souligoux d'avoir apporté ici l'observation de ce corps étranger, presque monstrueux, de l'œsophage. Ce corps étranger a subi le sort commun à tous les corps étrangers de l'œsophage qui abandonnent la région rétro-manubrienne après s'y être fixés tout d'abord : il est descendu jusque dans l'estomac. J'ai montré ici, il y a quelques années, comment évoluait le processus gangreneux des parois œsophagiennes en contact avec des corps étrangers, particulièrement avec des pièces de monnaie. Il est assez rapide, mais il est, pendant longtemps, superficiel et ne frappe que la muqueuse. Aussi peut-on dire qu'à moins d'accidents de spasme glottique réflexe on a toujours le loisir, en présence d'un corps étranger de l'œsophage, de « prendre son temps », d'en appeler au diagnostic par la radiographie, la radioscopie, l'œsophagoscopie. En tout cas, je le répète, quand un corps étranger, abandonnant sa première place, commence à descendre, il accomplit pour ainsi dire toujours, en une ou plusieurs étapes, la totalité de sa migration œsophagienne. L'observation de Souligoux en est une nouvelle preuve.

Présentation de pièce.

Hématome chronique développé dans l'épaisseur du tenseur du fascia lata du côté gauche.

M. E. Kirmisson. — La malade sur laquelle a été extirpée cette tumeur est une fillette de neuf ans qui, il y a trois ans environ, fut renversée par une bicyclette.

Au moment même on n'aperçut rien d'anormal du côté de la hanche. Mais, six mois après, la mère remarque que l'enfant boite et présente une tumeur assez volumineuse au côté externe de la hanche gauche. Elle fut conduite aux Enfants-Assistés dans le service de M. Jalaguier, où l'on fit une ponction qui donna issue à du sang. A la suite de cette ponction, la hanche avait considérablement diminué, mais au bout d'un an, elle reprit son volume primitif. Elle fut conduite de nouveau aux Enfants-Assistés, où l'on fit l'application de bandelettes de Vigo et où l'on administra du sirop de Gibert. Cette fois encore il y eut une amélioration passagère, mais la tumeur recommençant à grossir, une seconde ponction fut pratiquée à la fin d'octobre 1910 par M. Mouchet. Comme la première fois, cette ponction donna issue à du sang ; comme la première fois aussi, elle amena la disparition momentanée de la tumeur. Mais bientôt la hanche grossit de nouveau ; les douleurs devinrent plus considérables. C'est dans ces conditions que l'enfant fut amenée dans mon service, où elle entra le 1er juin.

Au premier abord, l'aspect était celui d'une coxalgie gauche avec flexion légère, abduction et rotation en dehors ; la tuméfaction de la hanche pouvait être attribuée à l'existence d'un abcès. Mais cette première impression était bien vite abandonnée, il était facile de se convaincre qu'il n'y avait aucune lésion de l'articulation et que l'attitude du membre était due à la contracture du tenseur du fascia lata. Mais il était moins facile de préciser la nature exacte de la tumeur que nous avions sous les yeux. Tout d'abord, en présence de l'augmentaton continuelle de volume et des violentes douleurs ressenties par la malade, on aurait pu penser à un sarcome. Mais cette idée dut bien vite être abandonnée, car quelques jours de repos au lit suffirent pour amener dans la tumeur une diminution notable. En faveur de la syphilis, on pouvait invoquer ce fait qu'autrefois la tumeur avait diminué de volume sous l'influence du sirop de Gibert associé à l'application de bandelettes de Vigo ; il y avait aussi ce fait que deux des grossesses de la mère s'étaient terminées, l'une par un avortement

dans les premiers mois, l'autre par un accouchement prématuré à huit mois avec mort du fœtus. La dernière hypothèse était celle d'un hématome chroniquement développé dans l'épaisseur du fascia lata. Les deux ponctions faites à dix-huit mois de distance, ayant toutes deux donné issue à du sang et déterminé une diminution considérable de volume de la tumeur étaient en faveur de cette hypothèse, qui était la bonne, comme est venue le démontrer l'opération pratiquée par moi ce matin même. Une incision verticale me permit d'ouvrir la gaine aponévrotique du fascia lata, et d'extirper la tumeur infiltrée dans les faisceaux du muscle. D'aspect noirâtre, elle est essentiellement constituée par des caillots cruoriques infiltrés dans l'épaisseur du muscle. Elle est environnée d'une zone conjonctive infiltrée de sérosité teinte en jaune par la matière colorante du sang. L'existence de ces hématomes chroniques signalée dès longtemps par Trélat et sur laquelle il a inspiré la thèse de son élève Besaucèle est assez rare pour que ce cas soit le premier qu'il m'ait été donné d'observer ; aussi m'a-t-il paru intéressant de mettre la pièce sous vos yeux.

M. Broca. — J'ai observé un fait analogue. Il s'agissait d'un hématome ancien du grand droit. J'ai fait le diagnostic exact, grâce à ce que m'avait appris Trélat qui a bien décrit ces lésions.

M. Potherat. — J'ai, moi aussi, observé un fait analogue, il y a une douzaine d'années, quand j'étais chirurgien de Bicêtre.

Un de mes amis m'amena sa bonne, jeune fille de dix-huit ans, qui souffrait de la cuisse droite; les douleurs très vives, plus marquées la nuit que le jour, avaient leur siège au-devant de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessus de la base de la rotule. Il existait là une masse à la fois dure à la périphérie et un peu molle au centre, assez mal délimitée, peu douloureuse, non crépitante à l'examen direct, plus dure et moins saillante pendant la contraction musculaire.

Je pensai, en raison du siège, des douleurs surtout nocturnes, du jeune âge de la malade, à un sarcome. La petite malade affirmait bien que neuf mois auparavant elle avait reçu à ce niveau un coup violent : je n'en tins pas suffisamment compte, bien que je connusse très bien les travaux de mon regretté maître M. Trélat, sur les hématomes intramusculaires.

Toutefois je voulus, avant de rien entreprendre de grave, m'assurer du diagnostic par une incision faite *loco dolenti*. Je trouvai un vieux caillot sanguin, entouré d'une zone fibro-conjonctive, le tout en plein muscle droit antérieur de la cuisse et crural. Je fis l'ablation du caillot, l'excision de la capsule fibro-conjonctive, et je

rapprochai les fibres musculaires par quelques points de catgut. Le résultat fut parfait de tous points. La malade fut guérie, et elle l'est restée depuis lors.

M. Baumgartner. — Note sur un *Calcul de l'ampoule de Vater enlevé par voie transduodénale d'emblée.*

M. le Président. — Le travail de M. Baumgartner est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 JUIN 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Allocution du Président.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, je vous demande la permission, avant toute chose, d'adresser au nom de la Société tout entière, à notre cher collègue et ami Guinard, l'expression de notre affectueuse sympathie et les vœux que nous formons pour sa guérison. L'état est toujours alarmant; cependant, depuis ce matin, une légère tendance favorable semble se manifester. Il nous est donc permis d'espérer que l'habile intervention de nos collègues Rochard et Pierre Duval n'aura point été vaine et que nous aurons le bonheur de conserver notre ami. C'est notre vœu le plus cher.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une note de M. BRAULT (d'Alger), intitulée : *Identification des champignons des deux mycoses déjà présentées à la Société.* (Voir page 824.)

A propos de la correspondance.

M. LEGUEU. — Je dépose sur le bureau, de la part de M. LE MONIET, professeur de clinique chirurgicale de Rennes :

1° Un cas de *kyste dermoïde de l'ovaire transplanté sur le bord inférieur du grand épiploon* ;

2° Un cas de *rupture traumatique du rein gauche, hématurie prolongée, suture du rein.*

Les communications de M. Le Moniet sont renvoyées à l'examen d'une commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

M. Tuffier. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, la 2e édition allemande du *Traité de petite chirurgie*, de Th. Tuffier et P. Desfosses.

M. le Président. — J'adresse à M. Tuffier les remerciements de la Société.

Identification des champignons des deux mycoses déjà présentées à la Société,

par M. le Dr J. BRAULT,
Membre correspondant de la Société.

A. — *Mycose de la fesse.* Dans la séance du 10 mai 1911, j'ai communiqué à la Société un résumé d'une courte *note préliminaire* de M. le Dr Pinoy ; aujourd'hui, je tiens à lui donner *le résumé* de la *note définitive* qu'il a bien voulu m'adresser (1) :

« Pour étudier la fructification et faire la diagnose du champignon isolé par le Dr J. Brault de lésions humaines, il faut fixer cet organisme sur un substratum solide, afin d'éviter toute dissociation du thalle.

« Sur des coupes de cultures sur gélose, incluses dans la paraffine et colorées au bleu de toluidine, on voit que le thalle du champignon se compose de filaments très longs de 2 µ à 2 µ 5 de large, assez régulièrement cloisonnés en de courts articles longs de 10 µ environ. C'est sur les filaments périphériques de la culture que s'observent les formes de fructification. *Les conidies se forment en verticilles; au niveau de la cloison qui sépare deux articles, elles appartiennent toujours à l'article inférieur.*

« Cela explique, lorsque le thalle est dissocié dans une goutte d'eau, l'existence d'articles dont l'une des extrémités est couverte de conidies. Ces conidies incolores sur les préparations non colorées, mesurent 2 µ à 2 µ 5 de long sur 1 µ à 1 µ 5 de large.

(1) Cette note avec figures sera publiée *in extenso* dans un mémoire qui est en préparation.

« Dans les mucédinées hyalosporées, nous ne voyons pas de genre, dans lequel pourrait rentrer ce champignon; c'est d'ailleurs également l'opinion de MM. Haviot et Patouillard, à qui j'ai soumis mes cultures et préparations.

« Si l'on adopte la classification des mucédinées récemment proposée par Vuillemin, il rentre dans le groupe des sporotrichées, c'est-à-dire dans le groupe des champignons dont les conidies se forment directement sur le filament.

« Nous créerons pour cette mucédinée le *genre Enantiothamnus* (εναντιος, opposé; θαμνος, buisson), genre qui sera caractérisé par la disposition en verticille des conidies formées le long des filaments cloisonnés, au niveau des cloisons isolant deux articles. Les conidies, jamais en chaînettes, sont toujours produites à l'extrémité supérieure d'un article, au niveau de la cloison qui le sépare de l'article supérieur.

« Les filaments rampants sont assez régulièrement cloisonnés. Le thalle se dissocie aisément par suite de la gélification rapide des cloisons. Les conidies renferment un seul noyau.

« L'espèce isolée par le Dr J. Brault prendra donc le nom d'Enantiothamnus Braulti, dont la diagnose sera la suivante :

« Enantiothamnus Braulti, Pinoy 1911 ; mucédinée à thalle constitué par des filaments ramifiés et rampants de 2 μ à 2 μ 5 de large, assez régulièrement cloisonnés ; cloisons facilement gélifiables amenant la dissociation du thalle. Conidies simples, incolores, naissant directement sur les filaments de 2 μ à 2 μ 5 de long sur 1 μ à 1 μ 5 de large, disposées en verticille, à l'extrémité supérieure d'un article au niveau de la cloison qui le sépare de l'article supérieur. Rencontré dans des lésions humaines en Algérie. »

Craignant de ne pas avoir été explicite dans mes précédentes notes, je tiens à ajouter que ni dans mes coupes ni dans mes cultures, je n'ai trouvé aucun autre microorganisme, en dehors du champignon dont j'ai confié l'identification à M. le Dr Pinoy.

B. — *Mycose du pied à grains noirs.* J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, au cours de la séance du 12 avril 1911, un cas de *mycose du pied à grains noirs*, rencontré chez un jeune arabe *n'ayant jamais quitté l'Algérie* (1).

Depuis ma première communication, j'ai pratiqué des coupes, soit dans le couvercle de la poche, soit dans les tissus qui en formaient profondément le pourtour.

(1) C'est nettement dans la région d'Orléansville qu'il a contracté l'affection

Couvercle de la poche. — Ici, parfois l'épiderme aminci est réduit à la couche cornée, dans d'autres points, au contraire, toutes les couches de l'épiderme sont respectées, le derme sous-jacent présente les lésions que nous allons retrouver dans les tissus périphériques de la poche, enlevés à la curette ; toutefois, les lésions sont peut-être plus marquées du côté du couvercle.

Tissus périphériques. — Dans ces derniers, au milieu d'un tissu à mailles lâches, très enflammé, très vasculairisé, infiltré de cellules blanches et parfois aussi de globules rouges, nous trouvons les grains noirs, de volume et de forme variable (1). Le centre du grain est plus ou moins raréfié (2), le mycélium circonscrit des espaces vides, ce mycélium parfois très net, présente des segments longs de 5 à 10 μ et dont le diamètre transversal est de 3 μ. Au pourtour de la formation parasitaire, on observe une frange dentelée de petits prolongements qui semblent très légèrement renflés, cette partie, en général, se colore mieux que le reste.

A l'entour des grains, dans les cavités où ils sont enchâssés, tantôt on ne voit aucune interposition de cellules entre le grain et les tissus voisins; tantôt, au contraire, on observe quelques minces bandes de cellules : polynucléaires, mononucléaires de diverses tailles (grands, moyens) et des lymphocytes.

En dehors des grains, dans les tissus, on rencontre des parcelles aberrantes du champignon, filaments de mycélium et corps arrondis de volume variable, ces derniers sont tantôt extra-cellulaires, tantôt intra-cellulaires; les plus gros ont jusqu'à 13 μ, les plus petits 1 μ 3.

Pas plus dans ces coupes que dans l'examen du liquide hémato-puriforme de la poche, préalablement étudié, nous n'avons trouvé aucun autre micro-organisme, et nos cultures sont toujours restées pures.

Tout à fait au début, ces cultures avaient mis trois à quatre jours pour bien s'affirmer; depuis, dans les repiquages, les choses ont marché plus vite, et souvent après vingt-quatre heures, on a un développement déjà fort net. En veillissant, les cultures sur milieux glycosés noircissent complètement ces derniers, qui deviennent couleur caramel (3).

(1) Nous avons également fait des coupes de grains isolés. Le grain qui paraît très noir en bloc, à l'œil nu, est brun au microscope, une fois dissocié ou débité dans les coupes.

(2) Troué à la façon d'une éponge.

(3) Dans notre première note, nous avions considéré le liquide de Raulin et la pomme de terre comme des milieux défavorables; depuis, nous avons obtenu des cultures blanc sale sur ce dernier milieu, qui noircit. Sur carotte,

Identification du parasite. — Les mycétomes à grains noirs de Carter, de Bouffard, de Bovo, n'ont pas été cultivés.

Parmi ces sortes de mycoses à grains noirs, une seule jusqu'à présent a donné nettement des cultures : c'est l'Oospora Tozeuri (Nicolle et Pinoy, 1908), rencontré en Tunisie.

J'avoue qu'au premier moment, je n'ai pas songé à cet Oospora; l'évolution clinique différente, la culture d'emblée des grains à moins de 20 degrés, leur volume, leur forme, m'ont éloigné de cette idée.

Par la suite, M. le Dr Pinoy, auquel j'ai envoyé des préparations des grains et des cultures, a pensé à une variété voisine de l'Oospora Tozeuri. Il a bien voulu nous envoyer de ses cultures et j'ai pu faire la comparaison.

Au point de vue cultural, il y a certaines différences assez sensibles.

Les cultures de l'Oospora Tozeuri poussent plus vite, sont plus luxuriantes; elles sont blanches, un peu pulvérulentes, comme farineuses.

Les nôtres sont plus discrètes, grises, duveteuses, radiées; parfois elles présentent plusieurs cercles concentriques, elles se dissocient mieux que les précédentes. En veillissant, sur gélose glycosée, sur gélose glycosée glycérinée, nos cultures forment une sorte de membrane couleur amadou qui se plisse; il n'en est pas de même pour l'Oospora Tozeuri sur les mêmes milieux.

Au point de vue microscopique, en goutte suspendue, les deux champignons se ressemblent beaucoup; cependant, le nôtre pousse moins vite et a des filaments moins grêles. Il en est de même sur carotte; en outre, le microorganisme que nous avons rencontré est plus coloré en jaune brun. Nous avons toutefois observé, dans les vieilles cultures sur ce dernier milieu, des formes de fructifications rappelant celle des Oospora.

Quoi qu'il en soit, quant à présent, les caractères que nous venons d'énumérer : évolution clinique, aspect volume des grains, cultures d'emblée à moins de 20 degrés, différences culturales, légères différences microscopiques, nous paraissent suffisantes, pour créer une variété d'Oospora plus ou moins voisine de l'Oospora Tozeuri.

soit simple, soit glycérinée, on a des cultures analogues, mais plus rapides, plus luxuriantes. Enfin, le champignon pousse très bien sur bouillon d'alfa et de crin végétal.

A l'occasion du procès-verbal.

Fracture insolite du calcanéum.

M. Demoulin. — Ainsi que je m'y suis engagé dans la dernière séance, je présente à la Société une radiographie de fracture insolite du calcanéum, analogue à celle dont notre collègue Mauclaire nous a entretenu, il y a huit jours, en faisant un rapport sur un cas de cette nature, observé par M. Soubeyran, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Cette radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture de la partie supérieure du calcanéum, fracture dont le trait a une direction antéro-postérieure, parallèle au grand axe de l'os; qu'il commence immédiatement en arrière de l'astragale, au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne, pour finir sur la face postérieure du calcanéum, à l'union de son cinquième supérieur avec ses quatre cinquièmes inférieurs, au-dessus des insertions du tendon d'Achille.

Le fragment détaché a une hauteur d'environ un centimètre; sa face inférieure n'est éloignée que de 6 millimètres environ du corps du calcanéum.

Cette fracture calcanéenne, accompagnée d'une fracture du péroné, siégeant à 10 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, s'est montrée chez un homme de quarante-cinq ans, cocher de fiacre, qui, se tenant auprès de sa voiture, a eu le cou-de-pied et la partie inférieure de la jambe contusionnés par la roue d'un autre véhicule, passant trop près de lui.

Il ne saurait être question, ici, me semble-t-il, d'après ce que l'on sait des insertions du tendon d'Achille, d'une fracture par arrachement du calcanéum.

Je me garderai bien de rechercher le mécanisme de cette fracture, en raison de l'imprécision des renseignements donnés par le blessé.

Il m'a paru intéressant de rapprocher le fait que j'ai observé de celui de M. Soubeyran.

L'écartement des fragments calcanéens était, je l'ai dit, fort peu prononcé; aussi n'ai-je pas cru devoir recourir à la suture, et le résultat fonctionnel a montré que j'avais eu raison de ne pas intervenir par la méthode sanglante; je le ferais sans hésitation, si je me trouvais en présence d'une fracture semblable, mais avec grand écartement des fragments.

Greffes osseuses intra-granuleuses datant de vingt-cinq ans.

Leur rôle dans la reconstitution du tibia droit détruit, chez un enfant de treize ans, par une ostéomyélite, bipolaire, suraiguë,

M. A. Poncet. — L'intérêt de ma communication réside dans ce double fait : que j'apporte un résultat éloigné, datant de vingt-cinq ans, de greffes osseuses fragmentaires, et que les transplantations d'os ont eu lieu dans des conditions spéciales. C'est, en effet, au milieu de bourgeons charnus, comme l'indique l'expression de : *greffes osseuses intra-granuleuses*, que les greffes ont été pratiquées, contrairement à la technique suivie jusqu'alors, de greffage, dans une plaie fraiche, au milieu de tissus cruentés.

Cet ensemencement, dans des bourgeons aseptiques, en pleine évolution réparatrice, constituait bien, en 1886, lorsque je l'ai décrit, pour la première fois, un mode thérapeutique nouveau, auquel j'ai eu, depuis, souvent recours avec succès. On peut aujourd'hui apprécier la valeur de ce traitement par l'histoire pathologique que nous publions.

Cette observation s'intercale entre deux dates principales : 26 mars 1886 et 23 janvier 1911. Elle fournit un résultat post-opératoire éloigné des plus instructifs.

Le 26 mars 1886, j'intervenai chirurgicalement chez un jeune garçon, A. F., âgé de treize ans, qui était atteint, depuis quelques jours, d'une ostéo-myélite infectieuse, des plus graves, du tibia droit.

Je pratiquai la résection de cet os. Le plateau articulaire tibial supérieur, seul, put être conservé. Un mois après, j'aidai, par des greffes osseuses, à la reconstitution d'un nouveau tibia.

Enfin, le 23 janvier 1911, j'examinai avec soin mon ancien opéré, devenu un homme de trente-huit ans.

Durant ce long intervalle, A. F. n'a pas été perdu de vue. Son observation a été communiquée aux Congrès français de chirurgie de 1886 et 1889. Au Congrès de 1886 (1), six mois s'étaient écoulés

(1) Des greffes osseuses dans les pertes de substances étendues du squelette. Congrès français de Chirurgie, 2e session. Paris, 1886.

Dans cette première note, je m'exprimais ainsi : « Dans les inflammations aiguës des os longs, chez les jeunes sujets (ostéo-périostites phlegmoneuses diffuses, panostéites aiguës, etc.), on observe fréquemment des nécroses étendues, occupant une longueur plus ou moins grande du squelette.

« Parfois la diaphyse est nécrosée dans sa totalité ; à l'avant-bras, à la jambe

depuis l'opération, j'indiquai la conduite que j'avais suivie et le résultat déjà obtenu.

Je faisais remarquer alors que je m'étais trouvé en face d'un cas, tout à fait classique, mais, particulièrement sévère, d'ostéomyélite infectieuse, bipolaire, suraiguë, du tibia droit, avec nécrose de la diaphyse tibiale, destruction complète de toute l'épiphyse inférieure, arthrite purulente tibio-tarsienne, etc.

Le début des accidents remontait à une quinzaine de jours, et l'état général, des plus mauvais, réclamait une intervention urgente et rapide.

Le séquestre global (fig. 1), formant une seule pièce, était long de 0m,25 ; si l'on tient compte de la hauteur des épiphyses détruites, le squelette disparu mesurait environ 0m,30.

Au moment de l'opération, le périoste, épaissi, fut détaché avec précaution. Il fut conservé, en tant que gaine, continue, diaphysaire, sur une longueur de 15 à 16 centimètres. Aux deux extrémités de la plaie, là où les accidents infectieux avaient été initiaux et parti-

plus particulièrement, la diaphyse tibiale et son épiphyse inférieure peuvent être complètement détachées.

« Lorsque le malade survit, la solution de continuité qui succède à l'extraction d'un tel séquestre demande plusieurs mois pour se combler, le résultat définitif est variable.

« Le périoste a-t-il été conservé lors de l'ablation de l'os nécrosé, n'a-t-il pas été détruit par l'inflammation sur une trop grande hauteur, des masses osseuses se forment, un os nouveau se reproduit, rappelant plus ou moins par son volume, par son modelage, par sa solidité, la portion du squelette enlevée.

« Les cas ne sont pas rares où, pour une raison ou pour une autre, les propriétés ostéogéniques de la gaine périostale ne vont pas jusqu'à la formation d'un tissu osseux, solide pouvant, au point de vue fonctionnel, rendre des services. Parfois, diverses observations en témoignent, il n'y a aucune régénération osseuse, un cordon fibreux, d'épaisseur variable, remplace l'os détruit et l'usage du membre est des plus gravement compromis.

« J'ai pensé qu'il serait possible, en pareil cas, de reconstituer le squelette absent, d'aider à la formation d'un os nouveau par des greffes osseuses, faites dans des conditions bien déterminées, dont on ne s'était point encore préoccupé. Ce n'est pas, en effet, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'à ce jour, après la cicatrisation de la plaie, quand l'os est remplacé par un tissu fibreux, que l'on doit compter sur les greffes osseuses; les conditions de vitalité des fragments transplantés sont alors précaires; le plus souvent, ils ne s'enkystent pas et sont entraînés par la suppuration.

« Il n'en est pas de même quand on agit sur un autre terrain, lorsqu'on a recours aux greffes pendant toute la durée de la réparation de la plaie, quand les bourgeons charnus, bien vasculaires, peu suppurants, partent du fond, des bords de la solution de continuité, qu'ils tendent à combler, — les fragments transplantés se trouvent alors dans un véritable milieu ostéogénique, en contact avec des bourgeons appelés à l'ossification, ils sont mieux à même de se nourrir, de se greffer et de contribuer à la formation d'un os rigide. »

culièrement aigus, la gouttière périostique s'arrêtait, elle faisait, plus ou moins complètement, défaut.

Un mois après cette intervention, le malade étant depuis longtemps apyrétique et les bourgeons de très bonne apparence, je fis, aux deux extrémités de la plaie, là précisément où le périoste manquait et où l'absence de régénération était à redouter, une première tentative de greffes. Les fragments osseux provenaient d'un nouveau-né mort d'asphyxie, une heure auparavant, dans une présentation du siège. (La mère et l'enfant ne présentaient aucune tare pathologique.) Ils avaient été empruntés à un tibia, et à un péroné; ils mesuraient, chacun, 7 à 8 millimètres de longueur sur 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Ils furent placés au milieu des bourgeons charnus, plus ou moins enfouis dans leur épaisseur.

Ces greffes fragmentaires réussirent pour la plupart (5 sur 8). Il en fut de même, quinze jours après, d'un autre ensemencement avec des transplants osseux (3 sur 4), provenant de tibias et de péronés d'un jeune chevreau sacrifié au moment même.

Réunis, les copeaux osseux, recouverts de leur périoste, qui se greffèrent, auraient formé une tige de 8 centimètres de hauteur sur 4 mill. environ d'épaisseur. A chaque extrémité de la gaine périostique, dans les deux cavités bourgeonnantes, où elle faisait défaut, fut donc placé un greffon haut de 4 centimètres, épais de 4 à 5 mill.

Je passe sur de nombreux détails (voir Congrès de Chir., *loc. cit.*).



Fig. 1. — Séquestre de 25 cent., représentant toute la diaphyse du tibia droit d'A. F., âgé alors de treize ans.

La cicatrisation de la plaie n'était complète qu'au cinquième mois. Six mois après (24 oct. 1886) l'opération, on notait les particularités suivantes :

« L'enfant présente, sur la face interne de la jambe droite, une cicatrice large de 5 à 6 millimètres, longue de 20 centimètres. Dans toute sa longueur, on sent une masse osseuse, solide, résistante, que l'on délimite aisément. Le tibia de nouvelle formation mesure 30 centimètres; celui du côté sain, 33 centimètres.

« Sa largeur est, à la partie moyenne, de 4 cent., et de 5 cent. environ aux deux extrémités. L'enfant se sent fort de la jambe droite, il peut se tenir sur le pied malade et commencerait à marcher avec un tuteur prenant un point d'appui sur l'ischion, si le repos ne paraissait encore nécessaire pendant un certain temps. »

Trois ans et demi plus tard, le 30 septembre 1889, voici le résultat d'un nouvel examen (1).

« A. F., qui n'a commencé à marcher, avec un tuteur prenant son point d'appui sur l'ischion correspondant, que huit mois après l'opération, et qui a conservé ce tuteur pendant dix-huit mois, est, maintenant, un jeune homme de seize ans, vigoureux, très bien portant, d'une taille de $1^m,50$. Elève à l'Ecole d'horlogerie de Cluses, il se sert de la jambe droite comme de la jambe gauche. Il marche avec une bottine dont la semelle à droite est plus haute de 4 à 5 centimètres.

La claudication est nulle, aussi ses camarades ne se doutent-ils pas qu'il a subi une opération.

Il fait les mêmes promenades qu'eux, et, dernièrement, il est allé à pied, sans fatigue, à la Grande-Chartreuse, distante de 18 kilomètres.

L'examen du membre inférieur droit révèle les particularités suivantes : articulation du genou complètement libre, ankylose osseuse tibio-tarsienne, mouvements relativement étendus dans les articulations du tarse, pied dans une bonne position formant un angle droit avec la jambe. La jambe est droite, sans incurvation; cicatrice régulière, déprimée tout le long de sa face antéro-interne. Le tibia nouveau, solide, résistant, est représenté par une colonne osseuse, d'apparence plus volumineuse dans son tiers supérieur surtout, que le tibia opposé. La largeur est, en effet, à ce niveau, de 5 centimètres, tandis que le tibia gauche ne mesure que 4 centimètres. Rappelant par sa forme l'os enlevé, il est, dans son tiers inférieur, le siège de quelques ostéophytes superficiels, qui lui enlèvent de sa régularité.

Longueur du tibia nouveau.	0,28
— du tibia sain.	0,36

La différence actuelle, disions-nous, des deux tibias est donc de 8 centimètres, tandis que, six mois après l'opération, elle était seulement de 3 centimètres. Cette différence tient à une double cause : à l'absence de tout accroissement en longueur du tibia droit, par suite de la destruction des deux cartilages juxta-épi-

(1) Résultats éloignés des greffes osseuses dans les pertes de substance étendues du squelette. Congrès français de Chirurgie, 4e session. Paris, 1889.

physaires, supérieur et inférieur, et à un certain degré de tassement de l'os nouveau par le poids du corps. C'est qu'en effet, non seulement le tibia droit ne s'est pas accru depuis trois ans, mais sa longueur a diminué de 2 centimètres. Telle nous paraît être la double interprétation de cette inégalité de longueur.

L'os de nouvelle formation est très solide, il rend les mêmes services que le tibia du côté sain.

Quant aux greffes osseuses qui le constituent partiellement, elles n'ont jamais été le point de départ d'aucun accident inflammatoire. Elles ont été des mieux tolérées, et si l'on tient compte de ce fait, que le tibia droit a un volume, non seulement égal, mais un peu supérieur à celui du côté opposé, on peut admettre qu'elles ont accru la puissance ostéogénique des tissus en voie d'ossification. »

A cette époque, en 1889, la radiographie n'existait pas, et l'on ne pouvait savoir ce qu'il en était advenu des greffes fragmentaires qui remontaient à trois ans. Actuellement avec ce moyen précieux d'investigation, cette question peut être tranchée. Les radiographies récentes des deux jambes de notre ancien opéré augmentent encore l'intérêt de son dernier examen (23 janvier 1911).

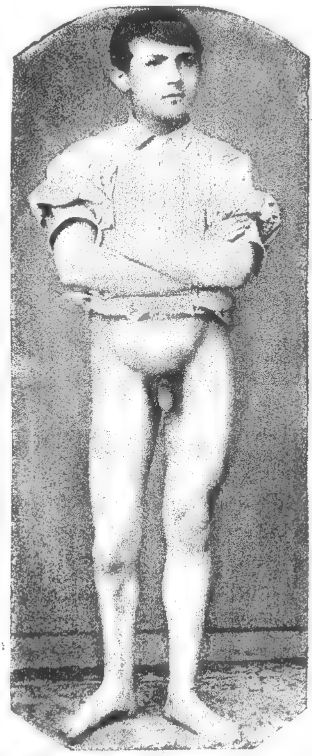


Fig. 2. — A. F., âgé de 16 ans, trois ans et demi après l'ablation de la diaphyse et de l'épiphyse inférieure du tibia droit. Tibia de nouvelle formation, retour complet de la fonction (1).

A. F. est âgé aujourd'hui de trente-huit ans. Il a l'air bien portant, très alerte, d'une grande activité. Il est trapu, plutôt maigre, sa taille est de $1^{m},53$.

Depuis son opération, il n'a pas été malade, dit-il, un seul jour. Déjà, en 1889, à l'École d'horlogerie de Cluses, où il est resté deux ans, il ne se distinguait, en aucune façon, de ses camarades, comme

(1) Les figures 1 et 2 sont extraites du *Traité de Chirurgie* de MM. Duplay et P. Reclus, t. II, pages 739 et 759, dans lequel j'ai écrit : *Les affections non traumatiques des os.* (Masson, édit.)

santé générale et comme aptitude à toute espèce d'exercices physiques. Il courait, sautait, faisait de longues marches sans fatigue, et son entourage ne s'est jamais douté de l'opération qu'il avait subie.

A sa sortie de l'École de Cluses, A. F. est entré à Paris dans une maison d'électricité. Il est devenu ingénieur-électricien, profession qu'il continue d'exercer, voyageant souvent, travaillant la plupart du temps dehors, et n'ayant pas d'occupation sédentaire.

« J'ai fait, raconte-t-il, beaucoup de sport, de bicyclette, etc., j'ai chassé pendant plusieurs jours de suite, sans fatigue, sans la moindre boiterie... J'ai mené, de toutes façons, la vie d'un homme qui a une santé parfaite.

« Je ne me suis jamais douté que ma jambe droite pût être différente de la gauche, etc. »

Marié, il y a neuf ans, il a une petite fille âgée de deux ans.

Examen du membre inférieur opéré. — On remarque un certain degré d'atrophie du membre inférieur droit. Coup de hache en dedans, au niveau, non de l'articulation, mais de l'extrémité supérieure du tibia.

Saillie de la tête du péroné rendant la déformation encore plus apparente. Cicatrice, lisse, unie, tout à fait normale, à peine adhérente au squelette, allant du plateau articulaire tibial supérieur au cou-de-pied, pas de déformation apparente.

Sujet debout : excellente position du membre inférieur, pied à angle droit.

Mensurations pratiquées sur les deux jambes :

CÔTÉ OPÉRÉ		CÔTÉ SAIN	
Tibia droit	0,27	Tibia gauche	0,36
Péroné	0,30	Péroné	0,35
Circonférence du mollet	0,26	Circonférence du mollet	0,34
Longueur du pied	0,23	Longueur du pied	0,25

A sa partie supérieure, le tibia néoformé a la même largeur, 0,045, que celui du côté opposé, mais tandis que le tibia gauche mesure, uniformément, sur sa face interne 4 cent. 1/2, le tibia droit a 3 centimètres environ dans ses trois quarts supérieurs, et, dans son tiers inférieur, 2 cent. 1/2. Tout à fait en bas, sa largeur est de 4 centimètres. Différence de longueur des deux tibias : 9 centimètres.

Ankylose osseuse tibio-tarsienne complète. Légers mouvements de 3 à 4 degrés (très utiles) dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Excellente position du pied, chevauchement du deuxième orteil.

Saillie, subluxation en haut, de la tête du péroné.

Pied droit bien conformé, cambré. A. F. porte la même chaussure aux deux pieds, mais il place dans le soulier droit une



Fig. 3. — Membre inférieur d'A. F. debout, âgé de 38 ans (vingt-cinq ans après la résection du tibia droit).

semelle interne en liège de 6 à 8 millimètres seulement d'épaisseur, « ce qui lui donne, fait-il remarquer, plus de souplesse, plus d'élasticité ».

Pendant les premiers temps qui ont suivi l'opération, tendance au valgus, corrigée par une épaisseur un peu plus grande en dehors de la vraie semelle.

Lorsque le malade est debout, les deux talons reposant sur le sol, légère scoliose dorso-lombaire qui disparaît immédiatement

en plaçant sous le talon droit un livre, par exemple, épais de 5 à 6 centimètres.

Il n'existe pas la moindre claudication. Impossibilité de se douter d'une malformation quelconque du membre inférieur droit, lorsque le sujet a son pantalon, lorsqu'il marche, lorsqu'il court.



Fig. 4. — Membres inférieurs d'A. F. assis.

Jamais, depuis vingt-cinq ans, de sensation de gêne, de fatigue... Jamais de douleur dans la jambe droite.

« C'est à gauche, dit A. F. en souriant, que je ressens parfois, de petits malaises... », qu'il attribue, très justement, à une surcharge involontaire de la jambe gauche.

Remarquons, en passant, que mon ancien opéré est très agile, très adroit, et dans le résultat fonctionnel remarquable qu'il pré-

sente intervient, certainement, un facteur individuel qu'il est bon de si gnaler, comme du reste, chez toute espèce de mutilés.

Au point de vue fonctionnel, A. F. est donc tout à fait, suivant encore son expression, « comme s'il n'avait jamais subi d'opération ».

Voici maintenant, les renseignements donnés par la radiographie des deux membres inférieurs. Cette double radiographie du membre sain et du membre opéré fournit, par comparaison, des renseignements très intéressants.

Le tibia droit régénéré est remarquable par sa rectitude, par l'absence de toute courbure anormale.

Son volume, dans sa moitié supérieure, est presque égal à celui du côté sain.

Dans sa moitié inférieure, il est diminué, mais l'os nouveau n'en constitue pas moins une colonne osseuse des plus résistantes.

Le tissu osseux se présente sous le même aspect que celui du tibia sain, reproduit ici par comparaison.

On ne voit à droite, soit en haut, soit en bas du squelette, aucune trace des anciennes greffes osseuses.

En haut, l'épiphyse supérieure, ou mieux, le plateau articulaire tibial (la seule partie osseuse qui ait pu être conservée, lors de l'opération), a son apparence normale; il serait même avec la la portion juxta-épiphysaire sous-jacente, légèrement hyperostosé. Il est, de plus, légèrement incliné de dehors en dedans, ainsi que le laissait supposer un peu de genu-valgum, constaté cliniquement.

A noter encore, à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen du tibia, une dépression osseuse, qui forme une sorte d'encoche cicatricielle, répondant précisément aux tissus qui se sont cicatrisés en dernier lieu.

Quant à l'épiphyse inférieure, qui ne mérite ce nom, anatomiquement, que par le souvenir de l'ancienne épiphyse complètement détruite, elle forme une masse, noueuse, irrégulière, qui se confond, soit avec l'extrémité inférieure du péroné, soit avec l'astragale, avec lesquels elle est soudée (synostose absolue).

Le péroné, un peu plus volumineux dans son ensemble, que celui du côté opposé, a subi un certain degré d'incurvation, appréciable surtout dans sa moitié supérieure.

Cette déviation s'explique par l'absence d'un parallélisme parfait de développement des deux os de la jambe, et la fixité du péroné à ses deux extrémités. Tandis qu'en bas on constate une ankylose osseuse, complète, entre l'extrémité de cet os avec l'astragale et le tibia, en haut, la tête du péroné fait une saillie des plus

apparentes. Cette saillie est due à une double cause : subluxation de la tête et hyperostose de cette dernière.

On dirait volontiers que la tête du péroné, en faisant effort par en haut, pour se libérer de ses attaches articulaires, a



FIG. 6.
Radiographie de la jambe gauche.

FIG. 5.
Radiographie de la jambe droite opérée.

repoussé, de dehors en dedans, le plateau tibial, lui donnant ainsi une inclinaison en dedans, et contribuant au léger genu-valgum existant.

L'espace interosseux, effacé par la soudure du tibia et du péroné, fait à peu près complètement défaut dans ses deux tiers

inférieurs; on le retrouve plutôt agrandi, dans son tiers supérieur.

Les articulations du genou et du pied droit présentent les particularités suivantes. Tandis que l'articulation du genou est indemne de toute apparence pathologique, tandis qu'elle a conservé ses mouvements, l'articulation du cou-de-pied est ankylosée. Le péroné, qui est soudé sur une hauteur de plusieurs centimètres à la nouvelle extrémité tibiale, forme une masse renflée se confondant aussi avec l'astragale. Tibia, péroné, astragale, synostosés, constituent un bloc, mais donnent, cependant, l'impression d'extrémités articulaires, ou mieux d'une néarthrose ankylosée.

Les deux radiographies (fig. 5 et 6) montrent, en outre, une atrophie marquée des masses musculaires de la jambe opérée.

Elles complètent admirablement l'histoire physio-pathologique de cet opéré; elles nous apprennent que les greffes osseuses fragmentaires de 1886 ont disparu, soit par résorption, soit par fusion complète avec la substance osseuse ambiante. Elles précisent certaines notions cliniques déjà constatées et bien établies : rectitude, modelage, solidité du tibia néoformé, incurvation du péroné, subluxation de sa tête, ankylose osseuse tibio-tarsienne, etc.

Somme toute, aux radiographies près, entre l'examen d'octobre 1889 (trois ans et demi après l'ablation du tibia) et l'examen du 23 janvier 1911 (vingt-cinq ans après), il n'y a pas une grande différence — tout au moins, au point de vue morphologique; ce qui s'explique par la fin de la croissance, dès octobre 1889.

A cette dernière date, A. F. avait, en effet, comme taille, $1^{m},50$, et les deux tibias mesuraient : tibia sain, 0,36; tibia nouveau, 0,28 (différence, 0,08).

En 1911, la taille d'A. F. est de $1^{m},53$ et les deux tibias mesurent : tibia sain, 0,36; tibia nouveau, 0,27 (différence 0,09).

Cette perte de hauteur de 0,01 du tibia de nouvelle formation, qui ne pouvait plus s'accroître physiologiquement (ses deux cartilages de conjugaison ayant été détruits), reconnaît, certainement, pendant les vingt-cinq années qui ont suivi, un certain degré de tassement de l'os nouveau, moins résistant qu'à l'état normal. Nous avons déjà insisté sur cette particularité au Congrès de Chirurgie de 1889 (*loc. cit.*).

Et maintenant, quelle part doit être faite aux greffes osseuses dans cette régénération étonnante d'un tibia dont il ne restait plus que le chapiteau supérieur?

Je m'en suis expliqué longuement dans mes deux communications antérieures (*loc. cit.*), et pour montrer leur rôle ostéogé-

nique important, il me suffirait de rappeler ici : que si la gaine périostique diaphysaire, conservée avec le plus grand soin, a pu enfanter une nouvelle diaphyse reconstituant, rappelant celle disparue, il ne pouvait en être de même au niveau des régions juxta-épiphysaires particulièrement frappées, anéanties par un processus aigu de suppuration, de médullisation ultra-septiques des bulbes osseux, et alors que le *périoste avait subi le même sort.* C'est précisément pour parer à ce manque de régénération osseuse périostique, que les transplants avaient été uniquement placés aux deux pôles de la plaie.

Je ne puis que répéter ici ce que j'écrivais déjà en 1886 et en 1889 :

« Les fragments d'os transplantés, au milieu de bourgeons charnus (greffes osseuses intra-granuleuses), et cela dans des conditions de terrain propice, bien déterminées, trouvent des conditions particulières de nutrition qui assurent leur succès. Ils ne s'accroissent très probablement pas, peut-être même sont-ils résorbés, après un temps plus ou moins long?

Dans tous les cas, ils entrent, pendant une période nécessaire, dans la formation de l'os nouveau, qu'ils consolident, qu'ils renforcent, suivant une comparaison qui nous paraît juste, à la façon de briques, de moellons (mortier osseux), plongés dans une substance susceptible de se durcir.

Il est probable qu'ils exercent, en plus, une action de présence, qui réveille et maintient, dans les tissus voisins, des propriétés ostéogéniques. »

Quelle que soit, du reste, l'interprétation, le résultat physiologique et fonctionnel est patent. Nous avons obtenu, en dehors d'une régénération osseuse normale par la gaine périostique méthodiquement conservée, régénération qui ne pouvait être que diaphysaire, une reconstitution des extrémités osseuses tibiales, supérieure et inférieure, par un appoint d'os nouveau, de greffes humaines et animales) dans un milieu de granulations qui ne devaient produire que des tissus, fibreux, fibro-cartilagineux.

La dernière conclusion que nous formulions à la fin de notre communication de 1889 nous paraît donc plus légitime que jamais. Elle découle de l'observation remarquable de A. F..., dont nous ne connaissons pas d'autre exemple dans la littérature chirurgicale. La voici :

« Dans les pertes de substances étendues du squelette, après, par exemple les grandes nécroses ostéomyélitiques, et, en résumé, toutes les fois que l'on redoutera une régénération osseuse insuffisante, on songera aux greffes osseuses, pratiquées. à un moment

donné, en pleins bourgeons plastiques, dans les conditions les meilleures de culture.

Emprisonnées au milieu de granulations, vasculaires, aseptiques, évoluant déjà vers l'ossification, les greffes fragmentaires peuvent s'opposer à une pseudarthrose, apporter un appoint notable à la reconstitution d'un os utile, augmenter sa solidité, le rendre, en un mot, apte à remplir, de nouveau, sa fonction, qui, sans elles, eût été plus ou moins complètement compromise. »

La longue observation que nous venons de publier en détail, et qui est si curieuse par le rétablissement intégral de la fonction, est la meilleure démonstration de leur valeur thérapeutique.

L'expérience nous a montré, depuis nos premières recherches, que la question de la provenance et de la nature des transplants osseux était secondaire.

Peu importe qu'ils proviennent du sujet lui-même, qu'ils soient d'origine humaine ou animale.

Aussi donnons-nous volontiers la préférence à des fragments, à des petits clous, à des chevilles, etc., d'ivoire. Nous avons également utilisé des drains en ivoire, percés de nombreux trous, qui permettent leur incorporation rapide par les bourgeons. Leur asepsie est facilement réalisée.

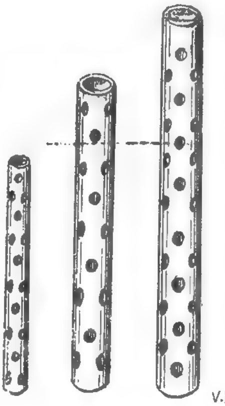


Fig. 7. — Drains fenêtrés en ivoire, percés de nombreux trous, et utilisables en tant que greffes osseuses (*Traité de Chirurgie*, loc. cit.).

Cette asepsie parfaite de la substance ostéoplastique est, cela va sans dire, une condition *sine qua non* de succès, de même qu'une surveillance attentive et prolongée du malade, car si le chirurgien veut avoir le meilleur résultat fonctionnel possible, il doit ici, comme après toutes les opérations orthopédiques, s'occuper lui-même, et pendant longtemps, de ses opérés.

Ligature du tronc brachio-céphalique dans un cas d'anévrisme de l'aorte.

M. J.-L. FAURE. — Ce n'est pas sans quelque scrupule et quelque hésitation que je viens aujourd'hui faire allusion au rapport que notre pauvre et cher collègue Guinard a fait dans la dernière séance, sur la belle observation de Cunéo. Ce rapport m'a remis en mémoire une observation qui se rapproche beaucoup de celle de Cunéo, mais que je n'ai pu malheureusement reconstituer d'une façon absolument complète.

Il s'agit d'une malade, Mme R... (Annette), âgée de cinquante ans, chez laquelle j'ai pratiqué le 21 août 1903 une ligature du tronc brachio-céphalique pour un anévrisme de l'aorte. Cette observation est donc antérieure de plus de deux ans à celle de Cunéo, qui, au dire de Guinard, est la seule jusqu'ici connue.

Il s'agissait d'une femme maigre, dont la santé générale était encore assez bonne et qui présentait dans la région rétro-sternale une tumeur ayant usé l'os et venant battre sous la peau, tumeur présentant tous les caractères d'un anévrisme de l'aorte.

Dans la courte note que j'ai prise moi-même sur cette malade, je vois qu'il y avait des symptômes prédominants à droite. Quels étaient exactement ces symptômes, je ne saurais le dire, n'ayant pu retrouver l'observation détaillée, comme il arrive malheureusement trop souvent pour celles qui sont prises pendant la période des vacances.

Il est a présumer cependant qu'il s'agissait de phénomènes du côté du pouls, et que c'est là ce qui m'a déterminé à agir sur le tronc brachio-céphalique.

L'opération fut pratiquée le 21 août 1903, et j'ai le souvenir très net que notre collègue H. A. Kelly, de Baltimore, y assistait. Elle fut extrêmement simple et se passa comme une opération à l'amphithéâtre.

Je ne puis donner de renseignements précis sur les diverses manifestations qui purent être observées du côté du pouls, mais ce que je sais, c'est qu'il n'y eut rien d'anormal. La malade sortit de l'hôpital le 10 janvier 1904 et, d'après des renseignements reçus hier et que je tâcherai de compléter, elle est morte seulement le 14 juillet 1906 de la rupture de son anévrisme et en rendant des flots de sang par la bouche. Elle a donc survécu trois ans à cette opération, et il n'est pas douteux, étant donné l'état dans lequel elle se trouvait auparavant, qu'elle en ait retiré un bénéfice sérieux. Voilà donc deux observations, la mienne et celle de Cunéo, les deux seules connues jusqu'ici, dans lesquelles la ligature du tronc brachio-

céphalique a déterminé, quelle que soit l'explication qu'on en propose, l'amélioration d'anévrismes de l'aorte qui soulevaient par leurs battements la paroi thoracique.

Ce sont là, il me semble, des faits assez encourageants pour qu'on soit tenté d'avoir de nouveau recours à cette opération dans des circonstances semblables.

A propos du traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte.

M. TUFFIER. — Si les ligatures du tronc brachiocéphalique artériel guérissaient les anévrismes de la crosse de l'aorte, la thérapeutique compterait un immense progrès. S'agit-il bien dans ces cas d'anévrismes de l'aorte? Cuny et J.-L. Faure n'ont-ils pas eu à traiter des anévrismes du tronc brachiocéphalique par la méthode de Brasdor? C'est la question que soulevait Quénu et qui ne paraît pas résolue. Dans la dernière séance, notre infortuné collègue Guinard nous disait que les tentatives d'extirpation des anévrismes de l'aorte devaient être formellement rejetées. Leur traitement cependant n'a bénéficié que de deux agents : la médication antisyphilitique et les injections sous-cutanées de gélatine; si la lésion résiste à l'un et à l'autre, elle est fatalement mortelle.

Le 12 mars 1902, je vous ai rapporté ici l'histoire d'une intervention chirurgicale directe contre le sac d'un anévrisme de la crosse aortique. De la discussion du 30 avril suivant, discussion que notre président Bouilly clôtura brusquement, étant donnée sa vivacité, il résultait que cet essai ne devait pas être renouvelé, et que les pièces du Musée Dupuytren apportées par moi à l'appui de l'intervention dans certains cas rares ne pouvaient lever votre ostracisme. Je viens aujourd'hui aggraver mon cas; ayant bien pesé les arguments invoqués alors et constatant qu'aucune méthode nouvelle n'avait été apportée, qu'aucun procédé thérapeutique original n'était venu combattre cette mortelle affection, je suis resté sur mes conclusions et je suis intervenu *dans deux cas* seulement, depuis bientôt dix années. J'apporte ces deux faits en toute simplicité avec quelques expériences inédites.

Ma première observation est celle d'un homme de quarante-six ans, atteint d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Après échec de tout traitement médical, il entrait dans mon service, salle Malgaigne, le 5 juillet 1904. L'anévrisme occupait la région sterno-costale droite, il était arrondi, paraissait bien limité, la peau tendue et amincie à son niveau menaçait de se rompre, les douleurs étaient très vives, l'insomnie complète.

J'acceptai de tenter une intervention. Le 30 juillet 1904, résection large de la cage thoracique, 2e, 3e, 4e cartilages costaux, évidement à la pince-gouge de la paroi sternale; la tumeur ainsi mise à nu, on peut en suivre le contour sur l'aorte, mais là je trouve la base de la tumeur large, faisant corps avec toute la paroi aortique, dont il m'est impossible de la séparer. Toute espèce de pédiculisation étant impraticable, on dut abandonner cette tentative d'extirpation. La paroi thoracique est refermée sans drainage. Cet opéré n'eut aucun incident ni aucun accident; les douleurs disparurent complètement, et le 4 août 1904 il succombait brusquement, sans que mon intervention ait accéléré cette issue fatale.

Ma seconde intervention fut plus compliquée. Un homme de quarante-neuf ans, comptable, m'est amené chez moi par mon ancien élève, le Dr Diamantberger, ancien interne de l'hôpital de Rothschild. Il est atteint d'une tumeur pulsatile de la partie supérieure et latérale droite du thorax, dont le début remonte à environ une année. L'affection s'était manifestée par des accès de dyspnée, qui se répétaient même pendant la nuit et devenaient de plus en plus fréquents; ces crises s'accompagnaient bientôt de tous les signes physiques et fonctionnels de congestion pulmonaire éphémère et à répétition, sans élévation thermique et que rien n'expliquait. C'est seulement depuis six mois que le malade a senti un soulèvement pulsatile et progressif de la région sterno-costale supérieure droite, une tuméfaction globuleuse, battant sous la main, apparut bientôt, et son médecin porta le diagnostic d'anévrisme de la crosse de l'aorte. En dehors d'un rhumatisme articulaire subaigu dans la jeunesse, on ne relevait chez lui aucun passé morbide aigu ou chronique, *aucune trace de syphilis bien recherchée*. Malgré cela, un *traitement spécifique* mercuriel par le benzoate de mercure et l'iodure à haute dose fut institué et suivi pendant deux mois; le résultat fut nul, la tuméfaction ne fit que s'accroître.

C'est alors que je vis le malade; il était grand, assez maigre, mais non cachectique; l'angoisse incessante et progressive et les crises douloureuses, qui troublaient son sommeil, lui faisaient réclamer une intervention, quelle qu'elle fût. La région *supérieure et latérale droite du thorax* présentait une tumeur du volume d'une grosse orange, elle affleurait en dedans le sternum, et allait en dehors jusqu'à mi-chemin de l'aisselle. En haut, elle atteignait la base du 1er espace intercostal; en bas, elle descendait jusqu'au 4e, mais son point culminant répondait au 2e espace. On voyait nettement son expansion, distendant la peau amincie

à chaque systole. Son souffle, ses pulsations isochrones au pouls, le relèvement de la crosse aortique peu marqué, perceptible au doigt en dessous de la clavicule, sa souplesse, sa réduction possible à travers un orifice de la paroi thoracique irrégulier, de la largeur d'une pièce de 5 francs, ne permettaient guère de doute : il s'agissait d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Un examen sphygmographique et l'enregistrement des pulsations de la tumeur et du pouls radial, faits par M. le Dr Hallion, confirmaient ce diagnostic.

Trouvant que le traitement spécifique n'avait peut-être pas été suffisamment intense, je refusai d'intervenir, et M. Fournier, consulté à ce sujet, prescrivit la thérapeutique nécessaire. Trois semaines après le malade revenait avec son médecin : son état s'était singulièrement aggravé, l'amaigrissement s'était accentué, la tumeur avait notablement augmenté et surtout la peau adhérait au point culminant de la tumeur; son aspect rosé, sa minceur, la fluctuation parfaite à ce niveau, faisaient penser à une rupture imminente, et j'avoue que je ne fis, qu'avec la plus extrême prudence, l'examen de l'anévrisme, craignant de le voir se rompre, séance tenante, et vous allez voir que ces craintes étaient justifiées.

Après avoir fait auprès de sa famille les réserves que comporte un cas de cette extrême gravité, j'acceptai une tentative opératoire suprême dont l'extirpation du sac et la suture des bords à la Carrel étaient le but, et l'occlusion temporaire de l'orifice principal pendant la suture, le temps opératoire indispensable.

Le 29 octobre 1909, à la Maison de santé Defaut, sous le chloroforme, et avec l'aide de mon interne Roux Berger, je pratique une longue *incision courbe à convexité interne* dont le sommet affleure la partie moyenne du sternum et dont les extrémités dépassent largement en dehors le bord de la tumeur, j'isole en quartier d'orange la partie de la peau amincie et adhérente à la tumeur. Le lambeau cutané est rabattu en dehors; de suite, la partie médiane culminante de la tumeur apparaît; sa paroi est très mince à son centre, mais à la périphérie cette paroi est limitée par les fibres des pectoraux sclérosés, fibreux; j'en résèque une partie et j'arrive sur les côtes, le tout s'effectue très facilement et sans accident. *Les cartilages costaux comme le gril costal* sont repoussés en dehors; et au centre, dans une étendue un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, existe une perte de substance. Les lésions sterno-chondro-costales sont les suivantes : l'ensemble de la région est déformé et saillant, légèrement infundibuliforme au niveau de la tumeur; les cartilages et les côtes

manquent dans la région médiane; sur une largeur un peu inférieure à la paume de la main, il existe une perte de substance, un véritable orifice par lequel sort l'anévrisme; il correspond assez exactement au 2e espace intercostal, à la 2e et à la 3e côte. *La tumeur est réductible à travers cet orifice*, ses bords sont irréguliers, mi-fibreux, mi-osseux, constitués par le sternum et un fragment *très aminci de la 2e côte en dedans*, et par les extrémités des côtes en dehors. Ils adhèrent irrégulièrement à la tumeur : en bas et en dehors, même en haut et en dehors, les bords de cet orifice se séparent facilement des parois du sac; en dedans au niveau de la 2e côte, la fusion est plus intime. Aussi et avec toutes les précautions nécessaires j'isole le sac de l'anneau ostéo-fibreux dans toute son étendue, *sauf en haut et en dedans*, et j'agrandis cet orifice par résection des côtes vermoulues. Ayant franchement pénétré dans le thorax, on sépare en partie le sac des plans fibreux préaortiques sous-jacents et dans lesquels je ne puis reconnaître plèvre ou péricarde, le tout étant fusionné. Il est possible ainsi d'isoler incomplètement un pédicule du volume d'une pièce de 2 francs environ.

Tout ce travail d'approche nous permettait d'aborder alors la partie qui paraissait la plus difficile et la plus dangereuse, c'est-à-dire *la portion supérieure et interne du sac*, recouverte de l'extrémité sternale de la 2e côte qui semblait adhérente au sac. Je prévoyais bien là de grosses difficultés, aussi on attaqua très en dedans sur le sternum cette côte qui fut sectionnée sans incident; mais au moment précis où je veux mobiliser cette extrémité costale sectionnée, un flot énorme de sang jaillit, et le sac s'affaisse : la côte faisait partie intégrante du sac et *cette mobilisation l'avait ouvert*; d'un coup de doigt, je le déchire plus largement et du même coup j'introduis mon index gauche ganté comme toute ma main dans le trou de l'aorte pour l'obturer. *La première phalange pénétrait* dans l'orifice *et l'oblitérait exactement*, pas un filet de sang ne ruisselait entre lui et l'anneau. Mon aide me débarrassait rapidement des débris du sac, tout danger immédiat était écarté; je sentais à chaque systole l'extrémité de l'index frôlé par l'onde sanguine; l'état du malade ne paraissait pas ébranlé par ce choc, et nous pouvions nous ressaisir après cette émotion.

Restait à fermer l'orifice, à transformer cette hémostase primitive, cette hémostase de fortune en hémostase définitive; à remplacer le bouchon constitué par mon index. J'avais bien à ma disposition *des pinces* courbes fabriquées pour isoler l'orifice aortique comme on isole la section de l'intestin dans une entérorraphie, mais, pour ce faire, une plicature à l'aorte eût été néces-

saire et la rigidité fibreuse des parois de l'anneau s'opposait absolument à toute flexion à distance du canal aortique; j'étais bien muni de tout mon matériel *d'aiguilles et de fils* pour les sutures vasculaires suivant la technique de Carrel, mais il était impossible de rapprocher les bords extrêmement durs et tendus de l'aorte; si bien qu'en fin de compte j'avais la sensation bien nette que, pour fermer cet orifice, il eût fallu de toute nécessité *mettre une pièce à l'aorte*, et je ne vois même pas bien comment j'aurais cousu cette pièce sans avoir d'hémorragie. *Tamponner* avec une compresse, c'était tout au plus permettre au malade de mourir en arrivant dans son lit. Réduit à un expédient, voici ce que je tentai : mon index gauche était revêtu d'un gant de caoutchouc à paroi très mince; je me fis donner *un de ces gants* américains stérilisés, gants extrêmement souples et très minces dont je me sers presque exclusivement en chirurgie, et j'en fis, avec ma main droite libre, une sorte de *tampon parfaitement lisse* de volume égal ou un peu supérieur à la dimension de l'orifice aortique dans lequel était inséré mon doigt; puis l'appliquant directement de la main droite sur mon index gauche, je l'introduis peu à peu *dans l'orifice* à mesure que je retirais l'index : *le bouchon* était parfait, la perte de sang pendant cette manœuvre fut peu marquée. On maintint ensuite avec le pouce ce tampon improvisé. On put s'assurer qu'aucune hémorragie n'existait. Le caoutchouc faisait saillie dans le calibre de l'aorte comme un bouchon à champagne et le sang dans l'aorte coulerait donc à ce niveau directement à sa surface.

Il fallait maintenant fixer ce bouchon : cela fut beaucoup plus facile que je ne le pensais. En suturant solidement les plans fibreux thoraciques sus-jacents par une série de fils de catgut, le tampon fut efficacement maintenu; les parties saines de la peau furent fermées au crin de Florence et fut laissé seulement un orifice pour l'évacuation des liquides, qui, dans la complexité des manœuvres sur tous ces tissus, pourraient être septisés. Un pansement ordinaire compressif et immobilisant protégeait le tout. L'opération fut bien tolérée et mon malade remis dans son lit était pâle, mais avec un bon pouls et une respiration régulière.

Le procédé employé n'était qu'un procédé de fortune et nous attendions tous les accidents que vous pouvez soupçonner après une telle intervention. Aucun d'eux ne se manifesta d'abord. Le pouls et la température restaient autour de la normale, car le thermomètre ne dépassa jamais 38 degrés; au 4[e] jour, le malade s'alimentait; le 6[e] jour, j'enlevais les fils de crins; il ne restait que l'orifice ménagé à

la peau pour la sortie du liquide et par où s'écoulait un liquide citrin ; la région opérée n'était ni tendue, ni pulsatile, ni enflammée. Le 11e jour cet homme se levait, et le 13e jour il se promenait.

Malgré cet état inespéré, je pensais toujours à l'élimination possible, probable sinon fatale, de cette masse de caoutchouc. Le 14e jour, un suintement sanguin imbiba le pansement, et la température atteignit 38 degrés ; le pansement enlevé, nous constatons qu'un liquide séro-purulent s'écoule de la profondeur, décolant le lambeau et provenant nettement du point où l'orifice aortique était oblitéré. On résolut d'enlever l'obturateur devenu septique et par conséquent voué fatalement à une élimination qui s'accompagnerait d'une hémorragie foudroyante. Le malade fut porté à la salle d'opération, et, muni de tout le nécessaire pour pratiquer l'hémostase, je décollai et je relevai le lambeau, en maintenant le caoutchouc obturateur; mais dès que la pression cessa, un mince jet de sang jaillit par un orifice assez étroit entre l'anneau et le bouchon. J'enlevai rapidement le caoutchouc en le remplaçant comme la première fois par mon index. J'ajoute que *la surface du tampon enlevé et qui obturait l'orifice n'était le siège d'aucune coagulation sanguine.* Cette fois encore, on ne put songer à faire une suture, et, faisant bien nettoyer et sublimer le champ opératoire, je mis un nouveau tampon formé d'un gant roulé aseptique, et la plaie est fermée comme dans la première opération.

Le lendemain, le malade était en parfait état; le surlendemain 14 novembre, c'est-à-dire le 16e jour après ma première opération, à 9 heures du matin, alors que son médecin, le Dr Diamantberger, venait de s'entretenir assez longuement avec lui, il succomba brusquement, sans hémorragie et sans suffocation.

De cet échec, il restait avéré *la possibilité de laisser au niveau de l'aorte une lame de caoutchouc en contact avec le sang* pendant quatorze jours sans provoquer de troubles de la circulation, sans *coagulation appréciable.* La substance végétale était bien en contact avec le sang, et il n'y avait pas eu de refoulement de la paroi vasculaire; ce fut là, en effet, ma première préoccupation : les constatations faites pendant l'application du bouchon élastique, la rigidité absolue de l'anneau me garantissaient contre une erreur d'interprétation de ce genre. Pour plus de sécurité et avant d'oser vous présenter un fait si paradoxal, c'est-à-dire si peu en harmonie avec les données acquises et respectées de la coagulation et des corps étrangers végétaux dans la circulation, je voulus faire quelques expériences de *rapiècement de l'aorte*, de pachting suivant l'expression de Carrel. Je me servis de pièces de caoutchouc de minceur

différente, mais de souplesse parfaite, dite feuille anglaise ou américaine, et je me mis en devoir de réséquer un fragment d'aorte de chien et de remplacer la perte de substance par un fragment de caoutchouc bien cousu. Je vous dirai de suite que j'échouai (hémorragie ou coagulation). Ces tentatives ne me découragèrent pas, car je sais trop par expérience quelles infinies précautions d'aseptie et d'outillage parfait leur succès nécessite. Or, il n'y a pas à Paris, ni, je crois, en France, un seul laboratoire où la chirurgie expérimentale puisse être exécutée aseptiquement. Il n'y avait donc aucune chance de réussir une expérience de ce genre.

Je m'entretins de ces recherches avec mon ami Alexis Carrel (de New-York), qui, convaincu comme moi que l'insuffisance de nos moyens étaient la cause principale de nos échecs, voulut bien, sur ma demande, exécuter au Rockfeller Institute une expérience qui confirma pleinement notre hypothèse et dont voici le texte et la pièce valable, puisqu'elle a été extirpée sur l'animal vivant, et *quinze mois après l'opération.*

Le tout m'a été envoyé par M. Carrel, à qui je tiens à adresser mes remerciements.

Greffe d'une lame de caoutchouc sur la paroi antérieure de l'aorte abdominale.

Chien jaune, de taille moyenne. 7 février 1910, à 9 h. 45 du matin, laparotomie semi-circulaire transversale au niveau de l'ombilic. L'aorte est disséquée en dessous des artères rénales, sur une étendue de quelques centimètres, et la circulation y est interrompue à 10 h. 5 minutes, à l'aide de deux pinces de Crile. On résèque un morceau de la paroi antérieure, long de deux centimètres environ et large de 1 centimètre environ. On suture alors sur l'ouverture *un morceau de caoutchouc mince*, de dimensions un peu plus grandes que celles du fragment réséqué.

A 10 h. 36, la circulation est rétablie. Il se produit une légère hémorragie, qui est arrêtée par quelques points ds suture supplémentaires. A 11 heures, la plaie abdominale était fermée, et l'opération terminée.

Pendant les jours suivants, l'animal demeure en état normal, et il n'y a aucune modification du pouls des fémorales.

On l'envoie alors à la ferme.

Au mois de mai 1911, l'animal est ramené à l'Institut. Pouls fémoral normal.

Le 26 mai 1911, dissection de l'aorte. La circulation est normale, il n'existe aucune dilatation ni rétrécissement au niveau du point rapiécé à l'aide du caoutchouc. Mais la paroi aortique y est un peu épaissie. On résèque alors le segment aortique, et on l'ouvre longitudinalement le long de sa face postérieure. On aperçoit une surface légèrement déprimée, correspondant à la partie réséquée. A l'une des extrémités de la

zone rapiécée, on fait une courte incision. La paroi est à ce niveau très épaissie, et on aperçoit à son intérieur la section de la lame de caoutchouc. Une nouvelle paroi artérielle s'est donc formée en dedans et en dehors d'elle.

La pièce anatomique est envoyée à M. Tuffier. Voici cette pièce, dont l'examen histologique sera fait dans mon laboratoire.

Messieurs, ne voyez dans cette communication que la relation d'un essai, et je ne crois pas que nous puissions facilement rapiécer la crosse de l'aorte atteinte d'anévrisme : de nombreuses difficultés sont à vaincre.

Je sais l'abîme qui sépare les résultats obtenus sur une aorte normale souple de ceux qui sont demandés à une aorte malade et rigide. Je n'ignore pas davantage avec quelle circonspection il faut adapter à la chirurgie humaine les conclusions de la chirurgie expérimentale, enfin je vous prie de croire que je n'ai pas la prétention d'inventer qu'un corps étranger peut rester au contact du sang sans provoquer de coagulation. Toutes ces réserves faites, je pense que les faits que je viens de vous signaler méritaient de retenir pendant quelques instants l'attention de notre Société.

M. Savariaud. — M. Tuffier a dit que, s'il était démontré que dans les cas de MM. Cunéo et Faure il s'agissait bien d'un anévrisme de l'aorte, on se trouverait là en présence d'une méthode nouvelle extrêmement intéressante.

J'en demande pardon à M. Tuffier, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'une chose si nouvelle. Il s'agit là d'une variété de ligature, suivant Brasdor, la ligature *des collatérales en aval de l'anévrisme*, ou méthode de Wardrop.

Les interventions de M. Tuffier montrent une fois de plus que les interventions directes sur le sac des anévrismes aortiques sont vouées à l'insuccès.

Les interventions de MM. Cunéo et Faure montrent, au contraire, une nouvelle application, à l'anévrisme aortique, d'une méthode qui a fait ses preuves pour d'autres artères, méthode basée sur la coagulabilité du sang dans les anévrismes, toutes les fois qu'on diminue la vitesse du courant sanguin.

M. Delorme. — Le fait que vient de nous signaler M. Tuffier, du soulagement des douleurs vives éprouvées par l'un de ses malades, après une intervention sur le thorax, me remet en mémoire une opération que je proposai, il y a plus de vingt-cinq ans, à l'un des malades de M. le professeur Richard, du Val-de-Grâce. Ce malade, officier de marine, atteint d'un volumineux

anévrisme de l'aorte, outre une gêne des plus marquées de sa respiration, éprouvait des douleurs thoraciques vives, intolérables, que rien ne pouvait calmer.

Je proposai à mon collègue, pour donner du jeu au poumon comprimé, à l'étroit, dans le thorax, en même temps que pour libérer, dans une certaine mesure, des nerfs supposés tiraillés, distendus, de faire porter sur la partie postéro-latérale du thorax une section verticale de la plupart de ses côtes.

Le malade avait accepté mon opération que j'allais pratiquer, quand la famille demanda une consultation. Le principe d'une intervention y fut rejetée et je perdis le bénéfice de l'application d'une bonne idée, car, dans les conditions que je viens de rappeler, je crois cette opération très indiquée. Depuis, je n'ai pas trouvé l'occasion de la conseiller et de la tenter.

Au sujet de la tolérance du caoutchouc par le sang, je me permettrai de rappeler que celle-ci a été bien mise en lumière par Roussel, de Genève. Pour éviter les accidents de coagulation auxquels donnaient lieu les appareils métalliques de transfusion du sang (qui, comme l'on sait, sont responsables de la mort du médecin aide-major Legoff), Roussel rechercha pour la construction de son appareil une substance au contact de laquelle la fibrine du sang n'avait pas de tendance à se séparer. Il reconnut ces propriétés au caoutchouc et à ses dérivés. Il en fit choix pour son appareil.

M. Lejars. — Je viens apporter un fait à la question des opérations libératrices soulevée par M. Delorme : c'est pour un anévrisme de l'aorte que j'ai eu l'occasion de pratiquer pour la première fois l'opération de Freund en 1907. Il s'agissait d'un malade du service de M. le professeur Hayem, qui portait un volumineux anévrisme de la crosse aortique, et souffrait terriblement; les douleurs et les crises dyspnéiques empêchaient tout sommeil et lui créaient une fin de vie lamentable. On me demanda si « quelque chose » ne pouvait être tenté, et, comme je venais d'étudier l'opération de Freund, j'eus l'idée de pratiquer chez cet homme la section des cartilages costaux. Elle se fit sans incident, et le soulagement fut remarquable. J'ajoute que la survie fut courte; mais nous n'avions pas conçu de grands espoirs.

M. Delorme. — L'opération recommandable à laquelle je fais allusion a été proposée il y a vingt-cinq ans. Ce n'est pas au niveau du foyer anévrismal qu'il faut pratiquer la libération, mais à distance au delà de ses limites en arrière, en avant, ou latéralement, suivant la situation de l'anévrisme.

M. Quénu. — Il ne faut pas oublier que dans les faits d'anévrismes auxquels on fait allusion, il n'y a pas exclusivement des phénomènes de compression, de refoulement, mais il y a aussi des phénomènes inflammatoires. Ceux-ci jouent leur rôle dans les phénomènes douloureux qui accompagnent l'évolution des anévrismes, et les opérations libératrices pratiquées sur le thorax n'auront pas toujours l'influence qu'on leur suppose.

Sur les plaies pénétrantes de poitrine.

M. E. Schwartz. — Je crois, comme beaucoup de nos collègues qui ont déjà pris la parole, que dans la discussion en cause il faut apporter des faits et encore des faits ; c'est pour cela que je me permets de vous soumettre les observations de plaies pénétrantes de poitrine qui, depuis dix ans, ont passé dans mon service. Elles sont au nombre de douze, en ne comptant que les plaies graves.

Dans aucun des cas que j'ai personnellement observés, je n'ai été tenté d'intervenir immédiatement ; une des observations rapportées par notre collègue Picqué concerne un blessé de mon service vu par le Dr Baudet, qui l'a opéré d'urgence ; nous n'avons vu l'opéré que le lendemain matin de son intervention, et nous ne pouvons que féliciter le chirurgien du résultat obtenu, sans oser néanmoins affirmer, en nous reportant à l'observation, que nous eussions pris le parti qu'il a suivi.

Tous les cas qui ont été soignés par l'immobilisation, les pansements aseptiques, la ponction si l'épanchement du sang ne se résorbait pas dans les limites voulues ou s'il y avait de la fièvre ont guéri, sans parler de soins immédiats pour remonter le blessé.

J'ai déjà cité dans la discussion qui eut lieu en 1907, le cas de ce jeune homme de quinze ans qui se tira un coup de revolver (petit calibre) au niveau de la région précordiale ; la balle traversa le thorax de haut en bas, venant se loger dans la masse lombaire ; il y eut immédiatement des signes graves, physiques et fonctionnels indiquant un épanchement dans la plèvre gauche : un bruit de moulin, hypothymies, pouls petit et fréquent ; sous l'influence d'une injection de 1.000 grammes de sérum, tous les signes s'amendèrent ; j'enlevai presque un litre de liquide séro-hématique de la plèvre gauche, et trois semaines après le blessé était guéri, le projectile ayant été extrait sous le bénéfice de l'anesthésie locale.

Je viens d'observer un nouveau fait presque superposable à

celui-ci : un étudiant de vingt ans arrive dans mon service pendant la visite : il vient de se tirer un coup de revolver dans la région précordiale ; la température est à 36°9, le pouls à 114 ; il est pâle, dyspnéique ; nous constatons, sans le bouger, qu'il y a un pneumothorax à gauche, et nous recommandons la tranquillité la plus complète, après avoir fait un pansement aseptique ; le pouls est pris, de même que la température toutes les heures. Il reste au bout de vingt-quatre heures à 114, et la température remonte à 37°4. Ce blessé est sorti au bout de quinze jours en voie de guérison et doit se faire radiographier pour savoir où est le projectile.

Pas plus tard que vendredi dernier, dans la matinée, nous arrivait un nouveau cas : homme de vingt-six ans qui venait de recevoir de sa femme, prise d'un accès de jalousie, un coup de couteau au-dessus et en dehors du mamelon gauche ; il perdait un peu de sang noir bavant par sa blessure ; les phénomènes généraux paraissaient très graves ; état syncopal, anhélation ; pâleur livide du visage. Et cependant, le pouls marquait 80, un peu déprimé, mais reprenait, après trois injections d'huile camphrée, une amplitude tout à fait rassurante. Il avait un pneumothorax localisé et avait un peu d'hémothorax qui est en voie de résorption. Il cracha un peu de sang les jours suivants, pour bien nous démontrer qu'il y avait une plaie du poumon.

A notre avis, l'on ne saurait se baser sur les signes fonctionnels et généraux, pour prendre une détermination aussi sérieuse que celle d'ouvrir largement la poitrine et aller chercher le point de départ de l'hémorragie. Car c'est d'elle qu'il s'agit dans presque tous les cas, comme facteur immédiat de gravité. A cet égard, il faut au point de vue des indications faire une différence entre les coups de couteau et les plaies par balles de revolver, celles-ci donnant lieu plus souvent à des plaies multiples, infectées.

Il faut avec les signes fonctionnels, à moins qu'ils ne s'aggravent, des signes physiques, écoulement de sang, hémoptysies, signes d'un épanchement intrathoracique, pour armer notre main. Il me semble que je me rapprocherai volontiers de nos collègues Quénu et Lejars qui admettent que, lorsque l'examen du pouls, la réaction de l'état général, nous montrent une aggravation, il y a lieu d'intervenir.

Je n'ai, comme vous venez de l'entendre, jamais eu l'occasion de prendre pareille détermination ; mais il me semble que là, comme toujours, le chirurgien ne doit agir, s'il est démontré qu'une hémorragie continue et met en danger rapide la vie du blessé. Je crois que la question étant envisagée de la sorte, l'accord sera très près d'être complet entre nous tous. En tout

cas, il s'agira toujours d'opérations exceptionnelles, comme l'a dit lui-même notre collègue et ami Delorme, et nous refuserions pour notre part à suivre ceux qui voudraient en étendre les indications.

Pour terminer, laissez-moi, Messieurs, vous dire un mot d'une complication dont ont parlé nos collègues Quénu et Potherat : il s'agit de l'emphysème généralisé à la suite de plaie de poitrine, de l'emphysème dit monstre.

J'ai vu deux cas de cette nature, dont l'un surtout était impressionnant, l'emphysème s'étant répandu jusqu'à la face et en bas jusqu'à la racine des cuisses, dans le scrotum et la verge. Comme la respiration se faisait bien et qu'il m'était démontré qu'il n'y avait pas d'emphysème intrathoracique, je m'abstins de toute intervention, et le blessé guérit parfaitement sans la moindre incision; au bout de six jours environ, l'état resta stationnaire, puis diminua. Il est bon de connaître ces cas et de savoir que les débridements sus-claviculaires peuvent être très efficaces si la situation devenait menaçante.

M. Savariaud. — Je suis intervenu trois fois à l'époque où j'étais chirurgien de garde, pour des plaies de poitrine ; deux fois avec le diagnostic de plaie du cœur vérifié par l'opération, la troisième fois avec le diagnostic de plaie du cœur probable. Dans ce troisième cas, l'opération montra une plaie grave du poumon avec très gros épanchement et une lésion insignifiante du péricarde qui contenait à peine une ou deux cuillerées de sang, ce dernier venant peut-être de la plèvre, car le cœur ne parut présenter aucune blessure.

Les deux premiers malades moururent, le troisième guérit. Guérit-il à cause de mon opération, ou malgré celle-ci, c'est ce qu'il est très difficile de dire. Ces deux opinions pourraient être soutenues parce que, d'une part, je ne me décidai à opérer qu'après avoir observé moi-même de très près le malade pendant plus d'une heure, et constaté l'aggravation progressive de l'état général, et, d'autre part, lorsque j'eus le poumon perforé entre les mains, il m'apparut manifeste que l'hémorragie était bel et bien arrêtée. C'est pourquoi je m'abstiens de conclure et je crois que toute règle précise est illusoire en pareille matière. Lorsqu'un opérateur qui a vu et suivi de très près son blessé avant de prendre une détermination et qui, ayant eu les pièces entre les mains, est incapable de dire s'il a bien ou mal fait, comment voulez-vous que du haut de sa chaire et du fond de son cabinet un théoricien puisse donner des règles utiles ?

Tout ce qu'on peut dire en général, c'est que dans l'immense majorité des cas les blessures du poumon guérissent toutes seules.

mais qu'il y a toutefois un certain nombre de cas où l'intervention paraît indiquée. Je dis paraît, parce que, presque jamais, on n'a eu la preuve que l'opération a sauvé le blessé, parce que presque jamais on ne s'est trouvé en présence d'une artère saignante.

Malgré les progrès incontestables de la technique (emploi de gants imperméables, désinfection extemporanée à l'iode), je crois qu'il faut être très sobre de pareilles interventions, qui, si elles ne sont ni très difficiles, ni très traumatisantes, paraissent avoir entraîné la mort dans un très grand nombre de cas, par suite d'infection pleurale.

Les moyens propres à prévenir l'infection pleurale doivent s'inspirer du mécanisme ordinaire de cette cause habituelle de la mort. Contre l'infection cutanée, nous avons l'iode et les gants; mais il reste l'infection par les germes de l'air, qui se fait sur une large échelle en cas de traumatopnée. Je crois qu'à ce point de vue la fermeture de la plèvre constitue une bonne pratique; on en sera quitte pour ponctionner ou même pour ouvrir à nouveau s'il se fait un nouvel épanchement de nature septique.

Enfin, il existe une dernière source d'infection qui n'est peut-être pas la moins grave, et qui ne dépend ni de l'opération, ni de l'opérateur, c'est l'infection par les sécrétions bronchiques dont il y a lieu de tenir compte toutes les fois qu'une branche d'un certain calibre se trouve sectionnée.

Contre cette infection je crois qu'on a rien fait jusqu'ici, et peut-être n'y a-t-il rien à faire. Toutefois, étant donné les expériences de MM. Quénu et Landel sur la stérilisation de l'atmosphère par les pulvérisations d'eau oxygénée, peut-être y aurait-il lieu de faire respirer les blessés du poumon et principalement les opérés dans une atmosphère préalablement stérilisée, voire dans une brume d'eau oxygénée.

Rapports.

I. *Inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main gauche, simulant un fibro-sarcome.* — II. *Ostéomyélite subaiguë simulant un ostéo-sarcome de la cuisse*, par M. le Dr ALBERT SÉNÉCHAL (de Paris).

Rapport de M. LEJARS.

Les deux observations fort curieuses que nous a communiquées M. le Dr Albert Sénéchal (de Paris) peuvent s'inscrire au chapitre des *Tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome.* Le

chapitre vaut, je pense, d'être ouvert, dans l'histoire clinique des « tumeurs » des membres : on sait, d'ailleurs, quelle part il convient de réserver à la syphilis, à la tuberculose, à certaines affections parasitaires, dans le diagnostic différentiel de ces tumeurs; mais nous nous attacherons surtout à celles qui revêtent les apparences ou prennent le masque du néoplasme, et particulièrement du sarcome. Ce n'est là qu'une question de diagnostic; mais on ne saurait oublier qu'à l'abdomen l'étude de ces masses inflammatoires chroniques, de ces pseudo-néoplasmes, localisés en telle ou telle région, n'a pas été sans fournir des données utiles. Aux membres, il semble qu'elles se présentent plus rarement, mais, en dehors même des erreurs de pronostic, les erreurs de traitement qu'elles pourraient entraîner seraient assez graves, pour en justifier une analyse quelque peu minutieuse et susceptible de les faire plus aisément reconnaître.

On n'en saurait trouver de meilleures preuves que les deux faits de M. Sénéchal; j'ai examiné avec lui ses deux malades, et leur histoire m'a paru très frappante.

Le premier cas est celui d'un homme de cinquante-cinq ans, bien bâti, au teint coloré, fermier de son état, n'accusant aucune maladie grave antérieure, qui, au début de mai 1909, en maniant une perche de la main gauche, avait ressenti une douleur au dos de cette main, douleur toute passagère, à laquelle il n'attacha d'abord que fort peu d'attention. Toutefois, quinze jours après, il remarquait, au même niveau, une certaine tuméfaction, qui grossit, dès lors, peu à peu. Elle ne l'empêcha nullement de se livrer aux travaux de la moisson, mais elle s'accrut, à la suite, et devint plus gênante. Elle occupait le milieu de la face dorsale du poignet et de la main, et mesurait 4 à 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large; elle était de consistance très ferme, mobile latéralement, bien qu'elle parût tenir un peu dans la profondeur; recouverte d'une peau épaissie, de teinte violacée. Un médecin consulté émit l'hypothèse d'un ostéo-sarcome des métacarpiens, et, à un premier examen, le Dr Sénéchal partagea cette impression, tout en faisant quelques réserves pour la tuberculose des gaines synoviales.

Cela se passait en octobre. Dans les premiers jours de décembre, la tumeur continuant à se développer, le malade vint à Paris, et consulta un de nos collègues qui conclut résolument au sarcome et à la nécessité de l'amputation.

Il revit alors M. Sénéchal, qui me l'amena. L'aspect de la masse était absolument celui du sarcome : convexe, se prolongeant du poignet au milieu de la région métacarpienne, uniformément dure, indolente, ou à peine sensible à une pression forte, sans

aucun point douloureux localisé, englobant les tendons extenseurs, très peu mobile latéralement, et d'une mobilité fort douteuse sur le plan profond, elle figurait pourtant assez mal, par son siège, sa forme et son ordonnance, l'ostéo-sarcome. Une radiographie nous montra, en effet, que le squelette était intact. Ceci posé, nous crûmes devoir nous arrêter au diagnostic de sarcome des gaines synoviales des extenseurs; il convient d'ajouter qu'aucun accident fébrile n'avait jamais été relevé; et, d'autre part, — la donnée était secondaire, sans doute, mais elle paraissait confirmative, — le malade avait des antécédents familiaux assez chargés en néoplasmes.

Je conseillai cependant à M. le Dr Sénéchal de s'en tenir d'abord à l'ablation locale, quitte à voir plus tard si une intervention plus large s'imposait.

Le 16 décembre, notre confrère opérait : il traversait une épaisse couche blanchâtre, ferme, lardacée, d'apparence sarcomateuse, et dans laquelle les tendons extenseurs étaient inclus; le tendon extenseur commun de l'index et celui de l'auriculaire étaient libres, ou à peu près, mais ceux du troisième et du quatrième doigt, et l'extenseur propre de l'index étaient infiltrés et tellement confondus dans la gangue que la libération en était impraticable; il fallut les exciser : le tendon de l'annulaire fut réuni à celui de l'auriculaire, et les bouts des deux autres rapprochés et réunis, autant que faire se put. La tumeur fut extirpée intégralement : elle n'adhérait nullement au périoste.

Elle fut apportée à notre laboratoire, et M. Rubens-Duval en pratiqua l'examen. Le résultat ne laissa pas que de nous surprendre : « Il s'agit, concluait M. Rubens-Duval, d'inflammation chronique ayant déterminé un bloc de sclérose dans lequel on rencontre encore un micro-abcès. Cette inflammation se rapproche par ses caractères histologiques de celles qui procèdent des microbes ordinaires de la suppuration. » Ainsi donc, nous avions eu affaire, en dépit de toutes les apparences, non pas à un sarcome des gaines, mais à une sorte de synovite chronique inflammatoire, scléreuse.

Les suites de l'opération ont été, du reste, pleinement confirmatives; la cicatrisation s'est faite très régulièrement, quoique les mouvements de flexion soient un peu gênés; et la guérison locale est complète, depuis un an et demi.

Dans la seconde observation de M. Sénéchal, l'hypothèse du sarcome était aussi très vraisemblable; quelques détails d'examen permirent cependant de la rejeter, et l'opération démontra qu'on avait eu raison de le faire.

Une jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents particuliers, est prise, le 29 juillet 1909, d'une angine pultacée, banale ; cinq jours après, elle accuse une douleur vive à la partie supéro-interne de la cuisse droite, à 7 ou 8 centimètres au-dessous du grand trochanter ; on ne trouve rien à la palpation ; la température rectale oscille, pendant quelques jours, entre 38 degrés et 38°5. Vers le 18 août, on perçoit, au point douloureux, une petite tuméfaction, qui, du reste, ne tarde pas à diminuer ; toute réaction fébrile a disparu ; la cuisse reste seulement un peu sensible.

Durant les mois qui suivent, la tuméfaction se montre de nouveau, et, lentement, grossit ; au 15 novembre, la cuisse est volumineuse dans son tiers supérieur ; elle est occupée à ce niveau par une masse fusiforme, qui paraît faire corps avec l'os, et qui est surtout développée en avant ou en dehors. Cette masse est uniformément dure et résistante, sans point douloureux localisé ; la peau est libre ; il n'y a pas de veines sous-cutanées apparentes, pas de ganglions. La température, régulièrement prise pendant une période d'observation, demeure normale. Toutefois, la tumeur s'accroît nettement, en gardant les mêmes caractères de forme et de consistance. Le diagnostic d'ostéo-sarcome est porté par plusieurs médecins, et la désarticulation de la hanche est proposée, par un chirurgien, comme l'intervention nécessaire.

Nous voyons la malade, avec M. Sénéchal ; la radioscopie montre que le fémur est fortement épaissi en avant et en dehors. Après examen, nous concluons finalement à l'ostéite chronique, bien que l'aspect rappelle nettement le sarcome, et que, d'autre part, le facies de la jeune fille et un certain amaigrissement semblent apporter encore une certaine confirmation à cette hypothèse ; mais, outre que la tumeur n'occupe pas le siège habituel des ostéo-sarcomes et qu'elle est surtout développée d'un côté de l'os, le début fébrile et douloureux nous paraît accuser une affection inflammatoire.

En effet, l'opération est pratiquée par M. Sénéchal, le 30 janvier 1910 : il traverse une couche lardacée épaisse, et il arrive sur un tout petit foyer d'ostéite ; une lamelle osseuse friable est soulevée, le foyer curetté : il est entouré d'os sain et ne pénètre pas jusqu'à la moelle. On laisse un drain. La guérison se fait simplement.

De quelle nature était cette ostéite. La tuberculose n'était certainement pas en cause, et, suivant toute vraisemblance, il s'agissait d'une infection osseuse banale, toute localisée, et consécutive à l'infection pharyngée initiale. L'évolution lente qu'elle avait affectée et l'épaisse couche inflammatoire dont elle s'était enveloppée lui avaient donné les apparences du sarcome.

Les faits de cette dernière variété sont loin d'être exceptionnels; et, du reste, ces tumeurs inflammatoires des membres simulant le sarcome se rencontrent assez souvent dans la clinique courante. J'en pourrais rapporter d'autres exemples, mais la relation détaillée des deux faits précédents me paraît suffire à bien poser les termes de la question telle qu'elle se présente à nos recherches.

Il y aurait lieu, toutefois, de distinguer deux types parmi les tumeurs inflammatoires des membres : celles qui tiennent à l'os et passent pour des ostéo-sarcomes; celles qui sont développées dans les parties molles, les muscles, les gaines et les bourses séreuses. C'est ainsi, en particulier, que certains foyers intramusculaires affectent, parfois, absolument l'allure du sarcome des muscles qui, comme on le sait, est loin d'être rare : un homme d'une quarantaine d'années, que j'opérai, il y a quinze ans, à l'hôpital Beaujon, présentait à la partie supérieure de la cuisse gauche, dans l'épaisseur du vaste externe, une tumeur ovoïde, un peu bosselée, ferme et presque dure, indolente, dont l'évolution s'était faite progressivement dans les dix derniers mois; à l'incision, je trouvai un abcès, à parois très épaisses, inclus en plein muscle, et, ultérieurement, nous découvrîmes que le malade avait été atteint, un an et demi auparavant, d'accidents fébriles prolongés ressemblant à la dothiénentérie. Dans un autre fait, croyant à un sarcome des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, j'ouvris une tumeur phlegmoneuse intra-musculaire, à contenu hématique, et qui procédait, sans doute, d'un traumatisme antérieur.

Comment faire le diagnostic dans ces formes suspectes? J'insisterai sur deux points. Tout d'abord, la forme de la tumeur, ses caractères de surface et d'extension sont à étudier; la tumeur inflammatoire est mal limitée, de contours imprécis; elle infiltre tous les tissus et s'y diffuse; il y a là, à un palper minutieux, un élément d'appréciation, une simple nuance parfois, qui suffisent pourtant à créer le doute. Les accidents fébriles et douloureux du début sont alors à rechercher avec le plus grand soin; on a démontré depuis longtemps l'importance qu'il convient de réserver aux accidents de ce genre, fussent-ils très brefs, dans l'interprétation des tumeurs inflammatoires du ventre; il en est de même pour les tumeurs des membres. Chez la seconde malade de M. Sénéchal, l'élévation thermique, peu considérable, sans doute, mais certaine, qui avait été constatée à l'origine, et qui s'était accompagnée d'une douleur brusque et prolongée, devint un appoint de premier ordre pour le diagnostic. Quand la « tumeur » existe déjà, et au cours de sa lente évolution, pareils accidents thermiques et douloureux, surtout lorsqu'ils sont suivis d'un accroissement plus rapide, deviennent aussi des indices fort pré-

cieux, quoique de signification moins nette; nous connaissons, en effet, depuis longtemps, depuis Estlander et Verneuil, la « fièvre des néoplasmes », mais, outre que l'étude vaudrait d'en être reprise, sur les données actuelles, elle s'observe surtout dans les grosses tumeurs, et dont la nature n'est, en général, plus guère problématique.

Enfin, la biopsie serait tout indiquée, lorsque le diagnostic reste, malgré tout, hésitant, et peut-être conviendrait-il d'y recourir, plus souvent qu'on ne le fait, d'ordinaire, non point qu'il faille lui attribuer une valeur toujours décisive, mais les résultats en apportent un élément de plus à la discussion.

Et cette discussion est souvent d'une gravité particulière, parce que le diagnostic erroné pourrait entraîner à des sacrifices inutiles, du genre de ceux qui ont failli se produire chez les deux malades de M. Sénéchal : à des amputations et des désarticulations. Aussi l'étude de ces tumeurs inflammatoires des membres me paraît-elle digne de tout intérêt.

Présentations de malades.

Laryngectomie totale extemporanée mixte.

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente un malade sur lequel j'ai pratiqué, il y a un mois et demi, la laryngectomie totale par le procédé de Périer modifié à la manière que je vous ai déjà décrite ici. Cependant, toujours convaincu que le plus gros danger de la laryngectomie vient de l'infection des voies aériennes et que cette infection est infiniment moins grave quand on permet à la trachée de réaliser au préalable sa réaction défensive en pratiquant une bouche aérienne quelques semaines avant la laryngectomie, j'avais fait sur mon patient une fissure inter-cricothyroïdienne.

Après une vingtaine de jours, la trachéite consécutive à cette première intervention étant guérie et le patient étant revenu à la température normale, j'enlevai la canule. Je me trouvai ainsi, au point de vue de la laryngectomie, dans les conditions où l'on se trouve (à peu de chose près) quand on pratique la laryngectomie en un seul temps sans ouverture préalable des voies aériennes.

Il y a là, en matière de technique opératoire, un avantage réel : il est certain, en effet, que la laryngectomie en un seul temps est plus facile, plus élégante et plus rapide que ne l'est la laryngectomie sur un malade déjà pourvu d'une bouche aérienne. Quand,

en effet, le patient porte une canule, celle-ci gêne toujours plus ou moins l'opérateur; elle le gêne d'autant plus que, pour conserver les anneaux de la trachée, nécessaires à la fixation de celle-ci au cours de la laryngectomie, il est nécessaire de faire une trachéotomie haute.

On peut, à la vérité, éviter la canule en réalisant, à la manière de Le Bec (1), la trachéostomie circulaire; mais c'est là un procédé que je trouve mauvais et que je condamne sans réserve. Il est, d'abord, beaucoup plus difficile que la simple trachéotomie; ensuite et surtout, il a l'inconvénient énorme de laisser l'orifice inférieur du larynx ouvert dans le tissu cellulaire du cou et béant dans un vaste creux créé par l'opération au-dessus du dôme de la trachée attirée vers la peau, d'obliger à un large drainage cervical et, au total, de constituer une opération préalable qui présente précisément, et à peu de chose près, tous les dangers inhérents à la la laryngectomie elle-même.

Les suites opératoires se sont fait remarquer par la rapidité de cicatrisation de la plaie pharyngée et de la brèche cervicale, si bien que j'ai pu enlever les drains le troisième jour, qu'il n'y a pour ainsi dire pas eu de suppuration, que, dès le treizième jour, l'opéré a pu se nourrir sans sonde (je n'ai pas essayé plutôt la déglutition) et que la courbe thermique n'a presque pas été influencée par l'acte opératoire (38 degrés pendant deux jours).

La laryngectomie est une très douloureuse mutilation; mais elle n'est plus l'opération meurtrière que croient trop de spécialistes, lesquels s'attardent, pour en éloigner l'échéance, à de vains traitements qui la rendent ensuite impossible, inefficace ou très grave en raison de l'étendue des lésions du pharynx.

M. Sieur. — La laryngotomie intercricothyroïdienne préconisée par M. Sebileau ne paraît pas devoir s'appliquer à la majorité des cas de cancer du larynx nécessitant une laryngectomie totale. On risque, en effet, de faire l'incision au niveau de la tumeur et par suite de causer des inoculations de voisinage. Je ne crois donc pas qu'il y ait là un avantage sur la trachéotomie simple ou le procédé préconisé par Le Bec.

(1) M. Le Bec a fait au XXIII[e] Congrès de l'Association française de chirurgie sous le nom de *laryngectomie totale en deux temps séparés* (année 1910), une communication dont il a bien voulu m'envoyer un exemplaire. J'ai le regret de constater que M. Le Bec, qui, dans cette communication, parle du travail que j'ai lu ici, à cette tribune, le 9 février 1910, ne m'a pas fait l'honneur de lire ce travail, ou tout au moins celui de le comprendre. Si bien qu'il me fait dire précisément le contraire de ce que j'ai dit et faire le contraire de ce que je fais.

M. Pierre Sebileau. — Il est bien entendu que ce procédé n'est applicable qu'aux seuls cas où la lésion du larynx est sus-jacente au point où on pratique la bouche aérienne. Au reste, il importe peu : on fait, à défaut de laryngotomie intercricothyroïdienne, la cricotomie ou la trachéotomie supérieure. Mon idée est simplement celle-ci : ouvrir temporairement les voies aériennes; laisser celles-ci, nécessairement infectées par l'opération, accomplir leur défense; permettre à l'orifice de se cicatriser; enlever ensuite le larynx comme si on opérait en un seul temps.

Je puis donner à mon ami Sieur l'assurance que cela simplifie grandement la technique de la laryngectomie.

Résection atypique de la mâchoire supérieure.

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente une malade à qui j'ai pratiqué par large brèche tégumentaire une résection de la superstructure de la mâchoire supérieure, du plancher de l'orbite et de l'os malaire.

J'ai conservé la totalité de la voûte palatine et du processus alvéolaire et, au milieu de cette grosse opération mutilante, cela est un grand avantage pour la patiente.

Encore une fois apparaît ici, tant au point de vue du caractère radical des extirpations que du respect possible de la plastique et des fonctions, la supériorité de la résection atypique sur la résection classique.

Restauration de la lèvre inférieure, presque totalement détruite par la syphilis.

M. H. Morestin. — Chez ce malade, j'ai réparé dans des conditions réellement difficiles la lèvre inférieure détruite par des accidents tertiaires.

Agé de quarante-quatre ans, marchand des quatre-saisons, F... A..., est entré le 11 janvier dernier dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, 13, dans un assez triste état. Il venait de Saint-Louis, où il avait reçu, pendant plus d'une année, les soins de notre éminent collègue Brocq, à l'occasion d'une syphilis des plus rebelles et des plus graves. Le début de la maladie elle-même n'a pu être précisé; les accidents qui ont exigé ce long séjour à Saint-Louis commencèrent à se manifester au

mois de novembre 1909, et se localisèrent presque exclusivement à la face, et même à la partie inférieure du visage. Il s'agissait de lésions tertiaires qui frappèrent successivement le menton, la lèvre inférieure, les parties voisines des joues et de la région sus-hyoïdienne. Le malade fut traité successivement par l'hectargyre, l'hectine, le biodure de mercure, abondamment administré en piqûres, les frictions mercurielles, l'iodure de potassium. En dépit de tant d'efforts thérapeutiques judicieusement dirigés par M. Brocq, la lèvre inférieure fut détruite en totalité, ou très peu s'en faut. De plus les téguments du menton et des parties avoisinantes furent éliminés et remplacés par des surfaces cicatricielles. Des misères surajoutées, telles que de l'eczéma et de la folliculite développés sur les territoires adjacents, vinrent encore compliquer la tâche. De plus, le sujet était devenu albuminurique. Il avait beaucoup maigri; il était affaibli par l'intoxication hydrargyrique à laquelle on avait dû, par nécessité, le soumettre pendant des mois, empoisonné aussi par sa syphilis, qui influait de la manière la plus fâcheuse sur l'état général. Enfin la perte continuelle de salive et les difficultés de l'alimentation rendaient fort pénible la situation de ce malheureux et contribuaient en outre à diminuer sa résistance. Bref, il était devenu presque cachectique quand on arriva à éteindre sa syphilis, ou tout au moins à en suspendre l'évolution. M. Brocq me l'ayant alors adressé, je dus attendre longtemps encore avant de tenter une intervention réparatrice. Pris de la grippe, il faillit même succomber dans mon service. Ce n'est qu'après trois mois de soins que je pus songer à entreprendre la chéiloplastie. Celle-ci ne se présentait pas dans des conditions très favorables. La lèvre inférieure avait été détruite complètement, à part deux languettes muqueuses, qui venaient s'éverser à droite et à gauche sur le pourtour de la brèche. Celle-ci était limitée par deux bourrelets partant des commissures, ou mieux des extrémités de la lèvre supérieure et venait aboutir à une surface lisse fibreuse occupant le menton. Ces deux bourrelets, formés par les cicatrices élevées sur les ruines de la région, à l'union de la lèvre, des joues et du menton, dessinait une sorte de V asymétrique, dont le sommet était à droite du plan médian. Tout autour, il n'y avait que cicatrices ou téguments de mauvaise qualité, ayant déjà épuisé, dans l'effort spontané vers la réparation, toute leur souplesse et leur élasticité. Les téguments sus-hyoïdiens étaient eux-mêmes en assez mauvais état. Quoique plus mobiles et plus souples, ils étaient, eux aussi, labourés de cicatrices.

Les joues étaient tellement bridées que le visage présentait un aspect assez étrange, une sorte de rictus sardonique qui s'accen-

tuait considérablement chaque fois que le sujet essayait de parler. Inutile d'ajouter qu'il parlait d'une façon très défectueuse.

Dans cette circonstance, je m'inspirai du procédé connu de Syme, mais en le modifiant pour l'adapter à ce cas spécial, de manière à en faire une technique tout à fait particulière et personnelle.

L'intervention eut lieu le 5 avril, devant les membres de l'Asso-



ciation des chirurgiens anglais provinciaux, qui avaient voulu assister dans mon service à quelques opérations plastiques. La perte de substance dessinait, je l'ai dit, une sorte de V irrégulier, à sommet mousse.

Je décidai d'utiliser les deux bourrelets limitant ce V pour en faire le bord libre de la lèvre future, en y installant comme bordure rouge les deux languettes de muqueuse qui venaient s'étaler à leur contact.

Pour amener à l'horizontale ces deux bourrelets, je devais imprimer aux parties molles sous-jacentes un mouvement d'ascension oblique, des deux côtés, les remonter et en même temps les rapprocher du plan médian, ce qui ne pouvait être obtenu qu'en les libérant et les mobilisant à grande distance, étant donné le peu

de souplesse de tous ces tissus modifiés par le processus pathologique.

Il fallait, en somme, mobiliser toutes les parties molles disponibles au pourtour de l'arc maxillaire, et en former deux sortes de lambeaux susceptibles de s'adapter l'un à l'autre. Je traçai donc deux incisions commençant à droite et à gauche à un petit travers de doigt de la ligne médiane entamant le bourrelet qui bornait la perte de substance, se portant obliquement en bas et en arrière,



atteignant le bord inférieur de la mâchoire et le suivant sur les confins de la région sus-hyoïdienne jusqu'au voisinage de l'angle.

J'incisai aussi le cul-de-sac gingivo-génien inférieur dans toute son étendue, et séparai de la face externe du maxillaire toutes les parties molles jusqu'aux insertions du masséter.

Grâce à cette large mobilisation, les deux lambeaux purent arriver au contact, et les deux bourrelets limitant la brèche être amenés à l'horizontale. Avant de les suturer, ceci est assez important, je détachai à l'aide d'une incision horizontale menée au devant de l'éminence du menton et d'une courte dissection de bas en haut le tissu cicatriciel qui couvrait l'espace compris entre les deux incisions précitées. Cette lame fut relevée de manière à ce que sa surface cruentée fût tournée à l'extérieur. C'était constituer

un plan profond sur lequel s'appliquerait la partie inférieure complètement dépourvue de muqueuse des lambeaux latéraux. Ceux-ci furent amenés au contact, et suturés, les tranches actuellement médianes répondant aux parties qui, peu d'instants auparavant, occupaient les côtés de l'éminence du menton et s'appliquaient au bord inférieur de la mâchoire.

Le lambeau gauche un peu plus souple et avec un bourrelet un peu plus long fut attiré légèrement à droite du plan médian, si bien que la suture ne fut pas médiane, mais un peu latérale.

La lame cicatricielle retroussée disparut derrière les téguments assemblés au devant du menton.

Je terminai en adaptant de mon mieux les deux languettes muqueuses au niveau du bord libre; j'eus soin de faire passer celle de gauche laissée complètement attenante au bourrelet au-dessus de l'extrémité supérieure de la ligne d'accolement des deux lambeaux, pour la suturer à l'autre fragment de muqueuse à un centimètre plus à droite, non loin de la commissure.

Les suites de l'intervention ont été très bonnes, et le malade a parfaitement guéri avec un excellent résultat dont je vous fais juges. Sa bouche est bien régulière et symétrique, et parfaitement continente. La parole est facile, la mastication n'est aucunement gênée. La lèvre est assez souple, autant et même plus qu'on pouvait l'espérer d'une lèvre refaite avec de tels matériaux. Au point de vue esthétique, le résultat est aussi satisfaisant, d'autant plus que le malade se rasant avec soin, on aperçoit moins le contraste entre les surfaces cicatricielles lisses, et les parties voisines encore pourvues de poils.

L'état général s'est considérablement amélioré; dans cette amélioration, il est clair que la suppression de la déperdition incessante de salive et l'alimentation plus facile ont joué un rôle des plus importants.

Cet homme a repris son travail. Grâce à la chéiloplastie qu'il a subie, il peut de nouveau gagner sa vie.

Le procédé mis en œuvre dans ce cas ressemble vaguement à celui de Syme, à cause de la manière d'obtenir l'ascension des parties molles et de leur faire subir un mouvement de translation d'un quart de cercle.

Il en diffère profondément par l'étendue de la mobilisation des parties molles; ici tous les tissus de la partie inférieure de la face ont été détachés de l'arc maxillaire.

Il en diffère encore par la manière dont le bord libre a été reconstitué à l'aide des reliquats de la muqueuse de l'ancienne lèvre — par l'asymétrie des lambeaux, adaptés aux nécessités du cas particulier.

Il en diffère surtout par la doublure qui a été fournie à la partie inférieure des lambeaux, grâce à la dissection et au retournement des tissus cicatriciels périmentonniers, addition qui nous paraît avoir efficacement contribué au succès de l'intervention.

Rétrécissement de l'œsophage.

M. GUISEZ présente un malade gastrotomisé pour rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage. Guérison du rétrécissement par l'œsophagoscopie. Fermeture définitive de la bouche stomacale.

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

Présentation d'instrument.

Note sur un nouvel « autogriffe ».

M. E. SCHWARTZ. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter l'autogriffe que voici, dû au Dr Lenormand, chirurgien de l'Hôpital général du Havre.

L'agrafe de Paul Michel, présentée au Congrès international de médecine de 1900 (section de chirurgie), réalisait un mode de suture dérivé de la serre-fine, mais offrant, comparativement à celle-ci, des avantages évidents.

Ce qui avait préoccupé surtout l'inventeur, c'était peut-être moins l'agrafe en elle-même que le moyen pratique de la poser. La teneur de son brevet d'invention, qui date du 10 mai 1899, commence, en effet, par ces mots :

« Mon invention a pour *objet* un nouveau *système de pince* permettant d'effectueur les points de suture au moyen de griffes métalliques. Il est caractérisé..., etc. »

Depuis cette époque, le Dr Michel modifia l'aspect primitif de son agrafe; il voulut lui donner quatre pointes divergentes. Il inventa également un système de magasin ou réserve d'agrafes, lequel peut s'adapter sur toute pince à griffes.

Mais il n'en demeure pas moins que la caractéristique des agrafes de Michel, c'est qu'elles ne peuvent être mises en place

qu'à l'aide d'une pince spéciale, et qu'elles ne peuvent être enlevées qu'au moyen d'une autre pince également construite pour cet usage particulier.

Or, à l'avis du Dr Lenormand, l'usage obligatoire de ces deux pinces constitue un impedimentum, que n'avait pas l'ancienne serre-fine, et auquel il a essayé d'obvier en donnant à l'agrafe une disposition nouvelle.

La modification qu'il nous propose en fait vraiment une serre-fine sans ressort. Comme celle-ci, en effet, l'autogriffe peut s'appliquer et s'enlever sans qu'il soit nécessaire de recourir à une pince quelconque. Nous faisons disparaître ainsi les tâtonnements dus à une pince qui dérape ou qui serre trop tôt, à une agrafe qui sort difficilement du magasin ou de la tige porte-agrafes.

L'attache est constituée par une lamelle métallique plus large à ses deux extrémités qu'au milieu. Sa caractéristique est d'être pliée en dos d'âne, de telle façon que ses deux branches forment entre elles un angle obtus. Grâce à cette disposition, une simple pression très légère des doigts permet de la plier complètement au moment de son application sur les lèvres de la plaie, auxquelles elle est fixée par deux petits picots placés à la face interne de ses branches.

Les deux extrémités de l' « Autogriffe » ont une largeur assez grande (7 millimètres) pour être facilement saisies entre le pouce et l'index, et elles se terminent par un rebord arrondi, contourné en dehors, qui permet l'enlèvement avec le seul secours des doigts.

Ainsi se trouve réalisé un procédé d'agrafage qui réunit les avantages de la serre-fine et de l'agrafe de Michel, sans en avoir les inconvénients respectifs.

Mais l'autogriffe de Lenormand n'a pas seulement la facilité de se poser et de se déposer directement à la main ; elle ménage aussi la susceptibilité des téguments qu'elle a mission d'affronter.

L'agrafage à la pince est un moyen un peu aveugle, — nous voulons dire par là qu'il produira partout un même degré de serrage, — puisque aussi bien la main qui ferme la pince, agissant par à-coup, n'a pas la possibilité de retenir l'agrafe au moment où elle se plie. Et ceci est un inconvénient lorsqu'on a affaire à des plaies susceptibles de s'enflammer ou à des déchirures cutanées d'origine traumatique.

Qui n'a vu, en pareil cas, les agrafes de Michel s'enfoncer dans le gonflement des lèvres rapprochées, qu'elles déchirent souvent, quand elles ne vont pas jusqu'à provoquer un peu de sphacèle.

Au contraire, l'autogriffe de Lenormand qui obéit, en se fer-

mant, à la volonté de l'opérateur, peut être plus ou moins serrée, absolument comme on serre plus ou moins des fils de suture. Dans certaines incisions, sur le prépuce ou le scrotum, par exemple, on reconnaîtra particulièrement le côté pratique de ce mode d'action.

M. Lenormand ajoute que, dans certains cas où l'agrafe de Michel n'est guère utilisable (plaies du cuir chevelu, laparotomies sus-ombilicales..., dont les lèvres ont tant de mal à se rapprocher), il s'est servi des autogriffes en les appliquant de la manière suivante : après avoir introduit l'un des picots dans la lèvre la plus éloignée, nous refoulons fortement la lèvre rapprochée jusqu'à ce qu'elle arrive au contact de l'autre ; dès que l'affrontement est obtenu, il n'y a plus qu'à le maintenir en fermant l'autogriffe.

Enfin, il dit avoir reconnu qu'en pratiquant des sutures chez des sujets non anesthésiés, la pose et la dépose des autogriffes paraissaient sensiblement moins douloureuses.

Pour les diverses raisons que nous venons d'exposer, tant à cause de son maniement plus facile et plus discret que de certains avantages techniques, nous croyons que cette autogriffe est susceptible de rendre quelques services en chirurgie. A l'avenir de nous l'apprendre.

Qu'il nous soit permis de dire, en terminant, que les agrafes de Michel nous ont donné et nous donnent toujours grande satisfaction. Seule la simplification apportée par la suppression des pinces spéciales pour poser et enlever les agrafes nous paraissent constituer un avantage en faveur de l'autogriffe de Lenormand.

M. Michaux. — Avant d'arriver à l'agrafe définitive de Michel, M. Michel et moi avions essayé un certain nombre de modèles analogues à celui que nous présente M. Schwartz.

Présentations de pièces.

Lipome périostique implanté sur l'ischion du côté gauche chez un petit garçon de vingt-trois mois.

M. Kirmisson. — La question des lipomes périostiques a été soulevée il y a quelques années devant la Société de chirurgie par notre collègue M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous en présenter aujourd'hui un nouvel exemple. Il s'agit d'un petit garçon de

vingt-trois mois chez lequel, à l'âge de quinze mois, on a noté pour la première fois, à la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche, l'existence d'une petite tumeur. Celle-ci a progressivement augmenté de volume; au mois de mars dernier, nous dit la mère, elle avait le volume d'une grosse noix. Depuis lors, elle a fait des progrès si rapides qu'aujourd'hui nous pouvons la comparer à un petit citron dont elle a la forme elliptique. Implantée sur la partie supérieure et interne de l'ischion, du côté gauche, elle est, dans le reste de son étendue, assez mobile pour que, de la partie postérieure de la cuisse, on puisse l'amener dans la région des adducteurs. Sa consistance est uniformément dure, sa surface régulière avec quelques grosses lobulations. Vu ces caractères, je pensai à l'existence d'un fibrome implanté sur l'ischion; prenant même en considération l'évolution extrêmement rapide suivie par la tumeur dans ces trois derniers mois, je me demandais si elle n'avait pas subi une transformation sarcomateuse.

L'extirpation pratiquée par moi hier matin a montré que cette manière de voir était erronée. Après incision de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané, nous tombâmes sur l'aponévrose qui formait partout à la tumeur une enveloppe continue. Au-dessous de l'aponévrose se voyait une mince couche musculaire, qui fut très facilement réclinée. La tumeur, pourvue d'une capsule cellulaire lâche, fut facilement isolée, sauf au niveau de son insertion sur l'ischion. Le pédicule fibreux épais existant en ce point dut être sectionné avec les ciseaux. Chose curieuse, cette tumeur qui, par sa consistance dure, nous en avait imposé en clinique pour un fibrome, se montrait après dissection tellement fluctuante en un de ses points que nous crûmes à l'existence d'un kyste. Mais la ponction ne ramena que quelques petits lobules graissseux. Ce petit fait montre bien à quelles erreurs de diagnostic peuvent conduire les lipomes par la variabilité très grande de leurs caractères cliniques.

M. E. Schwartz. — Je connais des lipomes périostiques de bien des points du corps, mais jusqu'ici je ne connaissais pas de cas de ces lipomes au niveau de l'ischion.

Lymphangiome kystique du cordon.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un lymphangiome kystique du cordon. C'est une variété de kyste du cordon qui n'est pas fréquente.

J'ai réussi à enlever tout le paquet de kystes sans les crever, de sorte que la pièce a un aspect que l'on n'a pas souvent l'occasion d'observer.

La tumeur occupait bien le cordon, qui paraissait tout à fait inclus dans la masse. La direction opératoire a montré qu'il était dissocié. Un groupe de kystes avait séparé le canal déférent et les veines postérieures qui passaient en arrière tout en étant compris entre d'autres kystes, et le groupe des vaisseaux antérieurs passait en avant, également compris entre des vésicules. Vous voyez la place où se logeaient ses organes.

La dissection, délicate pourtant, s'est faite cependant sans de très grandes difficultés, sauf au niveau de la queue de l'épididyme, dont les tubes étaient dissociés, et de la partie supérieure du testicule. J'ai dû en ce point enlever une certaine étendue de la vaginale.

Fracture du sourcil cotyloïdien.

M. Pierre Delbet. — Je vous présente la radiographie d'une fracture du sourcil cotyloïdien qui compliquait une luxation de la hanche en arrière.

Le diagnostic de cette fracture était facile. Ayant réduit la luxation une première fois, je constatai que la tête fémorale remontait brusquement et son ascension s'accompagnait d'un gros craquement. Je fis séance tenante une seconde réduction et j'appliquai une légère extension. La tête est bien restée en place, et aujourd'hui, un mois après l'accident, le résultat s'annonce excellent.

Le cas est assez banal; mais je crois qu'on a rarement eu l'occasion de voir aussi nettement une fracture du sourcil cotyloïdien que sur cette radiographie qui est due à M. Lesage.

Corps étrangers des voies aériennes et digestives.

M. GUISEZ présente quatre corps étrangers de la trachée et des bronches et deux de l'œsophage, avec les conditions dans lesquelles il les a observés et extraits.

Le travail de M. Guisez est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MICHAUX est nommé rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 JUIN 1911

Présidence de M. Jalaguier.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Les comptes rendus du IIe et du IIIe Congrès espagnol de Chirurgie, tenus à Madrid en mai 1908 et mai 1910.

Mort du Dr Guinard, membre honoraire.

M. le Président. — J'ai la douleur d'annoncer officiellement à la Société la mort de notre cher collègue Guinard. Avant de lever la séance en signe de deuil, je dois vous donner lecture du discours que j'ai prononcé à ses obsèques au nom de la Société de Chirurgie :

C'est pour moi un douloureux devoir d'apporter ici, comme président de la Société de Chirurgie, un suprême hommage et un dernier adieu à notre collègue Guinard. Je le fais avec une émotion profonde. Guinard était mon ami depuis trente ans, et son amitié m'était précieuse. Qu'on m'excuse si, dans la douleur qui nous oppresse, je ne puis trouver les paroles qu'il faudrait pour

mettre en relief son rôle parmi nous et pour exprimer l'horreur que nous éprouvons du monstrueux attentat dont il a été victime.

Guinard, chirurgien érudit et sagace, observateur clairvoyant, était aussi un opérateur habile, consciencieux et prudent. Tous, nous aimions cet homme excellent, bienveillant et doux. Aujourd'hui, nous restons frappés d'admiration pour le stoïcisme dont il a fait preuve après sa blessure et pour la sublime et sereine résignation avec laquelle il a vu venir la mort.

Guinard avait été élu membre titulaire de la Société de Chirurgie, le 16 février 1898. Il s'y était déjà fait connaître par plusieurs communications très intéressantes sur l'appendicite, sur les perforations du duodénum et sur les lésions traumatiques de l'intestin et du foie.

Il fut l'un des membres les plus assidus et les plus actifs de notre Société.

Pour ses débuts, en 1898, il nous donna deux mémoires remarquables, l'un, sur la pancréatite suppurée, qu'il compléta par la suite ; l'autre, sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale. Ce dernier, basé sur douze observations, marque une date dans l'histoire de cette affection.

Depuis cette époque, le champ de son activité scientifique s'est élargi de jour en jour. Il a multiplié ses communications et pris une part effective à toutes les discussions de quelque importance. Il ne m'est pas possible de passer en revue les travaux de notre regretté collègue. Je me bornerai à signaler ses mémoires sur l'appendicalgie, sur les appendicites vermineuses et sur les appendicites traumatiques; ses contributions, toujours originales, à l'étude thérapeutique des cancers de l'estomac et de l'intestin, des tuberculoses intestinales et iléo-cæcales, des kystes hydatiques du foie, des plaies de poitrine et tant d'autres que je ne puis citer ici.

Je ne dois pas, cependant, passer sous silence son intéressante communication du 11 mai 1904 sur l'intoxication par le naphtol camphré, communication d'un intérêt capital et d'une portée clinique considérable.

J'en dirai autant de ses recherches sur le traitement des anévrismes des carotides et des gros vaisseaux de la base du cou.

Guinard intervenait souvent dans nos discussions; son jugement était sûr et son érudition était de bon aloi; son argumentation, toujours courtoise, était exempte d'acrimonie et de malveillance, car l'urbanité, la bonne humeur et la modestie formaient les traits dominants de son caractère.

Il comptait aussi parmi les rapporteurs les plus exacts et les plus consciencieux. Ses rapports, empreints de l'esprit critique le plus judicieux, se recommandaient par la simplicité et la clarté autant que par une documentation sobre et précise.

Le dernier rapport de Guinard a été lu, il y a quinze jours à peine, dans la séance du 7 juin. Il s'agissait d'une observation de M. Cunéo, sur un cas de ligature du tronc brachio-céphalique pour un anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique. Ce rapport substantiel et lumineux a été le point de départ d'une discussion qui est encore en cours, et Guinard se trouve inscrit pour répondre, aujourd'hui même, aux divers orateurs, pour résumer les débats et clore la discussion. Hélas ! il ne répondra pas, et cette discussion qu'il a ouverte ne sera pas close par lui !

Guinard meurt en pleine force, en plein succès, alors qu'il avait encore à rendre tant de services à la science et à l'humanité, et il meurt frappé par un misérable auquel il n'avait fait que du bien.

Quoi de plus tragique que cette fin !

Quelle mort déconcertante, quelle injustice et quelle cruelle ironie du sort !

La Société de Chirurgie dont Guinard était fier de faire partie, à laquelle il a donné le meilleur de son activité scientifique et qui s'honore de l'avoir compté dans ses rangs, la Société de Chirurgie est en deuil du plus dévoué et du plus cordial des collègues. C'est au nom de la Société de Chirurgie tout entière que j'adresse à Mme Guinard et à ses filles, avec l'hommage de nos profonds regrets et l'expression désolée de notre douleur, l'assurance d'une inébranlable fidélité à la mémoire de notre ami.

Mort du Dr Claudot, membre correspondant.

M. le Président. — J'ai le regret de vous annoncer un nouveau deuil. C'est la mort de M. Maurice Claudot, médecin-inspecteur général du cadre de réserve, ancien président du Comité technique de santé de l'armée, commandeur de la Légion d'honneur.

Membre correspondant de notre Société, M. le médecin-inspecteur général Claudot, en dehors de sa haute situation dans le corps de santé de l'armée, s'était fait connaître par de nombreux titres scientifiques. Ses travaux sur les traumatismes de l'ab-

domen, sur les luxations du pied et la valeur de certains moyens de stérilisation, par le flambage, en particulier, pour ne citer que quelques-unes de ses publications, sont bien connus de nous tous. Il était très assidu à nos séances et sa perte sera vivement ressentie par ses collègues.

J'adresse au nom de la Société de Chirurgie, à Madame Claudot et à ses enfants, l'expression de nos bien sincères condoléances.

La séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 JUIN 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. BRAULT (d'Alger), membre correspondant, à propos du procès-verbal de la séance du 14 juin 1911 (Voir page 878).

3°. — Deux observations de M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) ayant trait, l'une à un *kyste hydatique du grand adducteur de la cuisse droite, opéré et guéri*; l'autre, à un *spina bifida de la région cervicale opéré et guéri* (Voir pages 879 et 883).

4°. — Un travail du Dr SCHMID (de Nice), intitulé : *Macrodactylie du gros orteil*.

Le travail de M. Schmid est renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. SAVARIAUD est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai reçu la lettre suivante de la Société de chirurgie de Lyon :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous annoncer que la Société de chirurgie de Lyon, dans sa séance du 22 juin, a décidé, à l'unanimité, de présenter à la Société de chirurgie de Paris, ses condoléances et ses

sentiments de sympathie à l'occasion de l'abominable attentat dont a été victime le Dr Guinard.

Le corps chirurgical lyonnais s'associe au deuil qui vient de frapper cruellement le corps chirurgical parisien, et vous prie de vouloir bien être son interprète auprès de la Société de chirurgie.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments respectueux.

Pour la Société de Chirurgie de Lyon,
Le secrétaire général,
M. VALLAS.

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse, au nom de la Société, nos remerciements les meilleurs à nos collègues de Lyon. M. le secrétaire général se chargera de les leur transmettre.

A propos de la correspondance.

Mycoses.

M. J. BRAULT. — Au sujet de la mycose de la fesse *Enantiothamnose*, dont je parlais dans la séance du 14 juin, je tiens à bien spécifier que les cultures qui sont toujours restées pures ont été faites, non à l'aide de prises pratiquées dans l'ombilic des tumeurs (1), là où seulement elles s'étaient ouvertes antérieurement, mais loin de ce dernier, après ablation des tumeurs par ponction profonde, en pleine tranche, après cautérisation.

En outre, dans les coupes, non seulement je n'ai pu déceler aucun autre microorganisme (2), mais le champignon en question foisonnait littéralement dans la profondeur des tissus, soit qu'il infiltrât ces derniers banalement irrités (3), soit qu'il se montrât en touffes florissantes au milieu de ces sortes de petites abcédations en miniature précédemment mentionnées (4).

(1) Le pus puisé par ponction au niveau de l'ombilic d'une des tumeurs, d'ailleurs momentanément fermé, n'a servi qu'à faire des frottis.

(2) Toutes les colorations usuelles ont été employées, y compris celles usitées pour le bacille de Koch, et comme le malade était syphilitique, nous avons poussé les choses jusqu'à rechercher le tréponème par la méthode de Levaditi et Manouélian.

(3) Sans la moindre cellule géante, sans le moindre amas de cellules épithéliales.

(4) Se reporter à nos coupes et à notre dessin, séance du 22 mars 1911.

I. *Kyste hydatique du grand adducteur de la cuisse droite contenant un grand nombre de vésicules libres. Incision du kyste. Ablation de la poche. Guérison,*

par M. le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand).

P... (Antoine), trente-neuf ans, employé à la manufacture de tabacs de Riom, nous est envoyé le 2 avril par notre confrère le Dr Grasset, médecin de la manufacture. Cet homme nous montre sa cuisse droite, dont le volume est notablement augmenté par l'existence d'une tumeur qui occupe toute la partie interne du membre. Nous conseillons au patient d'entrer à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; il y consent, et est hospitalisé salle Duprat, lit n° 5, le 6 avril 1911. Dès le lendemain, nous procédons à l'examen, en présence des élèves de l'école.

La tumeur, ainsi que nous l'avons dit, occupe toute la région interne de la cuisse, depuis le pli génito-crural jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du condyle fémoral; elle constitue une masse qui a l'air de faire saillie entre les muscles de la région interne, et sur laquelle la peau est parfaitement lisse et saine. Uniformément dure, sans aucune saillie, cette masse est régulière; toutefois, à sa partie médiane, existe une saillie acuminée, où l'on a nettement la sensation de l'existence d'une petite poche liquide. Elle n'adhère pas au fémur, car si on la prend à pleine main, on lui imprime un mouvement de latéralité manifeste qui montre bien qu'elle n'a aucune intimité avec l'os. A la palpation, elle est d'une matité absolue, et nullement fluctuante; par points, il semblerait y avoir une sorte de rénitence, mais cette sensation est trop fugace pour que l'on s'y arrête. Une ponction faite avec une seringue de Pravaz à la partie fluctuante, signalée au point culminant de la tumeur, permet de retirer un liquide légèrement opaque que l'on a le grand tort de ne pas passer sous le microscope. La mensuration faite à la partie médiane de la cuisse donne en circonférence 0,56 du côté malade et 0,43 du côté sain. Il y a quelques ganglions au pli de l'aine, mais ils sont peu volumineux et il y en a autant du côté opposé; la fosse illiaque est complètement vide. Le facies du malade est bon; il n'a pas maigri, mange comme auparavant et ne souffre en rien.

L'interrogatoire ne fournit pas de renseignements complémentaires; tout ce que l'on apprend, c'est que F... a commencé il y a dix-huit mois à ressentir des piquées dans ce membre; il attribuait ces piquées aux efforts qu'il faisait, car il charge de lourds far-

deaux. Le membre a grossi d'abor dlentement, puis avec une assez grande rapidité depuis le mois de janvier dernier. De l'ensemble de ces signes, nous concluons à la présence d'une tumeur bénigne, lipome ou lipo-sarcome peut-être, à cause du développement rapide de ces derniers mois. Un de nos élèves émet l'idée qu'il pourrait peut-être s'agir d'un kyste hydatique, mais la consistance spéciale de la tumeur nous empêche de nous arrêter à cette hypothèse.

Opération le 10 avril 1911. Anesthésie au chloroforme, la peau est incisée sur la longueur de la tumeur sur une étendue de 22 centimètres environ. A l'extrémité inférieure de l'incision, on voit s'écouler, non sans un certain étonnement, un liquide purulent. Le droit interne, qui passe sur la masse, est récliné, et on arrive sur le vaste interne, que l'on est obligé de sectionner longitudinalement pour atteindre la prétendue tumeur. Dès que le muscle est fendu, à la grande stupéfaction de tous, il sort par les lèvres de l'incision environ cent cinquante œufs sans coquille calcaire dont le volume varie depuis celui d'une perle d'éther jusqu'aux dimensions d'un œuf d'oie. Ces œufs baignent dans un liquide séro-purulent. Une quantité de vésicules vides (plus de cent) s'échappent en même temps. La cavité se trouve exactement dans l'épaisseur du troisième adducteur; comme il n'a pas été incisé jusqu'en haut, la partie supérieure forme une sorte bonnet dans lequel une grande compresse disparaît entièrement. La poche est lisse, peu tomenteuse; elle se laisse prendre avec des pinces; et facilement on trouve un plan de clivage qui permet de l'enlever tout entière. On voit alors dans l'adducteur une grande cavité qui donne peu de sang. Nous faisons à peine 5 à 6 ligatures sur des vaisseaux de peu d'importance. L'intérieur de cette cavité est touchée avec de la teinture d'iode étendue au tiers de son volume d'alcool, puis nous laissons un gros drain et une mèche. Au moment de suturer, nous voyons au point culminant de la tumeur, là où nous avons signalé de la fluctuation, une vésicule greffée dans le tissu cellulaire, constituant une poche indépendante; elle a été ouverte et est enlevée à son tour. Suture des tissus en deux plans et pansement.

Dix jours après, sans qu'aucune complication se soit produite, on enlève le premier pansement, et le 20 avril, le malade, entièrement guéri, sort de notre service.

Depuis cette époque, nous avons eu à plusieurs reprises des nouvelles de notre opéré, dont la guérison ne s'est pas démentie.

Les vésicules qui s'étaient échappées avaient été recueillies dans une cuvette stérilisée et remises immédiatement à M. Bruyant,

professeur d'histoire naturelle à l'école, qui, après examen approfondi, nous a remis la note ci-dessous.

Note de M. le professeur BRUYANT. — Les matériaux soumis à l'examen comprennent deux poches kystiques et de très nombreux échinocoques.

Le premier kyste affecte un volume d'environ 135 cent. cubes. Il renferme deux hydatides d'inégales dimensions, l'une cubant à peu près 95 cent. cubes et l'autre 40. Le second, du volume de 40 à 50 cent. cubes, ne renferme qu'une seule hydatide.

Parmi les hydatides, un certain nombre sont absolument intactes ; il a donc été possible de les étudier en détail. Ce sont les suivantes :

Hydatide n° 1. — Volume, 150 cent. cubes. Forme régulière. Le liquide extrait donne un sable échinococcique renfermant de nombreuses vésicules proligères. Chacune de ces dernières présente 5 à 10 têtes normalement développées.

Hydatide n° 2. — Volume, 95 cent. cubes. Forme régulière. Le liquide hydatique est trouble; une recherche minutieuse ne fait découvrir ni vésicules proligères, ni têtes, ni crochets.

Hydatide n° 3. — Volume, 65 cent. cubes. Forme régulière. Sable échinococcique contenant des vésicules proligères avec 5 à 8 têtes.

Hydatide n° 4. — Volume, 65 cent. cubes. Forme régulière. Sable échinococcique avec vésicules proligères.

Hydatide n° 5. — Volume, 45 cent. cubes. Forme régulière.

Hydatide n° 6. — Volume, 40 cent. cubes. Forme régulière.

Ces deux hydatides sont conservées pour la collection de l'Ecole.

Hydatide n° 7. — Volume, 25 cent. cubes. Forme régulière. Ni vésicules proligères, ni têtes, ni crochets.

Hydatide n° 8. — Volume, 25 cent. cubes. Forme régulière. Sable échinococcique avec têtes détachées.

Hydatide n° 9. — Volume, 18 cent. cubes. Forme régulière. Ni vésicules proligères, ni têtes, ni crochets.

Hydatide n° 10. — Volume, 10 cent. cubes. Forme régulière. Sable échinococcique avec vésicules proligères (5 à 10 têtes).

Hydatide n° 11. — Volume, 5 cent. cubes. Forme régulière. Ni vésicules, ni têtes, ni crochets.

Hydatide n° 12. — Volume, 90 cent. cubes. Forme régulière.

Hydatide n° 13. — Volume, 80 cent. cubes. Forme régulière.

Hydatide n° 14. — Volume, 20 cent. cubes. Forme légèrement irrégulière. Par transparence, on distingue les vésicules filles endogènes, d'inégales dimensions et serrées les unes contre les autres, occupant par conséquent presque toute la cavité de la vésicule mère.

Hydatide n° 15. — Volume, 18 cent. cubes. Forme légèrement irrégulière par suite de la présence de huit à dix vésicules filles endogènes. Les vésicules, dont les dimensions varient du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle, remplissent également toute la cavité de la vésicule mère.

Ces quatre hydatides sont réservées pour la collection de l'Ecole.

Hydatide n° 16. — Volume, 20 cent. cubes. Forme légèrement irrégulière. Dix vésicules filles endogènes très petites. Le liquide extrait de la vésicule mère, très peu abondant par suite du développement des vésicules filles, renferme des crochets. Le liquide fourni par chacune des vésicules filles est au contraire stérile.

Hydatide n° 17. — Volume, 18 cent. cubes. Forme irrégulière. Quatre vésicules filles endogènes d'inégales dimensions. L'examen des liquides provenant de la vésicule mère aussi bien que des vésicules filles ne fait découvrir ni têtes ni crochets.

Hydatide n° 18. — Volume, 22 cent. cubes. Forme irrégulière. Deux vésicules filles endogènes. La vésicule mère est fertile, les vésicules filles sont stériles.

Hydatide n° 19. — Volume, 25 cent. cubes. Forme irrégulière. Cinq vésicules endogènes de dimensions très inégales. Ni têtes ni crochets.

A côté de ces hydatides intactes, les matériaux examinés renferment un très grand nombre de vésicules, dont il n'a pas été possible d'examiner le liquide hydatique, des parois ayant été rompues. Les unes sont des vésicules mères parmi lesquelles nous notons dix-huit échinocoques dont le volume varie de 50 à 90 centimètres cubes.

Ces vésicules mères sont accompagnées de nombreuses vésicules filles, dont le volume moyen est celui d'un pois; les parois sont toujours minces. Quelques-unes sont encore intactes. Aucune de ces dernières ne s'est montrée fertile.

Nous n'avons pas retrouvé la forme d'échinocoque que nous avons signalée dans une communication antérieure au Congrès de chirurgie (1) et qui ne semble pas avoir été fréquemment observée. Cette forme, qui constitue suivant l'expression de Guiart une véritable surprise d'autopsie, ne doit pas être confondue avec le kyste hydatique alvéolaire, dont l'aire de répartition est si strictement localisée. Il s'agit d'échinocoques compacts, se présentant comme une masse dure où les coupes histologiques font retrouver la paroi cuticulaire repliée sur elle-même, formant des plis étroitement enchevêtrés, accolés par leurs deux faces, et renfermant des traînées de masses granuleuses, sans interposition d'aucun liquide. On doit les considérer comme des échinocoques morts et réduits à leur paroi cuticulaire.

Ainsi que l'indique le tableau suivant qui résume l'observation, parmi les vésicules observées, on trouve une forte proportion de vésicules stériles, et ce caractère paraît être général pour les vésicules filles. Le même fait avait été constaté dans le cas que nous venons de rappeler. Cette constatation est peut-être importante à établir au point de vue du diagnostic établi sur l'examen microscopique du liquide extrait par ponction des kystes hydatiques.

(1) H. Bousquet. *Deux observations de kyste hydatique du foie et de l'abdomen.* XII[e] Congrès de chirurgie. Paris, 1899, séance du 19 octobre, p. 377.

Nos	VOLUMES	VÉSICULES FILLES endogènes.	OBSERVATIONS
1	150 cent. cubes	0	Fertile.
2	95 cent. cubes	0	Stérile.
3	65 cent. cubes	0	Fertile.
4	65 cent. cubes	0	Fertile.
5	45 cent. cubes	0	»
6	40 cent. cubes	0	»
7	25 cent. cubes	0	Stérile.
8	25 cent. cubes	0	Fertile.
9	18 cent. cubes	0	Stérile.
10	10 cent. cubes	0	Fertile.
11	5 cent. cubes	0	Stérile.
12	90 cent. cubes	0	»
13	80 cent. cubes	0	»
14	20 cent. cubes	6	»
15	18 cent. cubes	8 à 10	»
16	20 cent. cubes	10	Vés. mère fertile. Vés. filles stériles.
17	18 cent. cubes	4	Stériles.
18	22 cent. cubes	2	Vés. mère fertile. Vés. filles stériles.
19	25 cent. cubes	5	Stériles.
18	50 à 90 c.c.	12	Les vés. filles observées sont stériles.
12	»	»	»

II. *Spina bifida de la région cervicale. Opération. Guérison. Mort deux mois après,*

par M. le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand).

Fillette de six mois, qui nous est envoyée au commencement de janvier par notre confrère le Dr Marguat (de Coudes).

L'enfant est bien développée et de belle venue, mais elle porte à la partie supérieure de la région dorsale, à la jonction de cette dernière avec la région cervicale, une tumeur du volume d'une mandarine. La masse présente une coloration livide, et va en se rétrécissant à son point d'implantation, ce qui la fait ressembler à une grosse figue; le pédicule est du volume du pouce. A la base de la tumeur, la peau s'arrête et se retourne en faisant un bourrelet. Au-dessus, le reste de la masse formé par les méninges fait une saillie globuleuse, en sorte que l'ensemble de cette production a l'air d'un fruit dont le calice aurait persisté. En pressant sur cette tumeur, on la réduit progressivement sans que cela amène aucun trouble appréciable; on voit très bien la lumière à travers par transparence ; enfin, une ponction capillaire a donné lieu à une extraction de liquide céphalo-rachidien : il s'agit donc manifestement d'une *méningocèle* sans éléments nerveux dans son intérieur. Cette dernière circonstance, le fait que la masse a augmenté de volume depuis la naissance de l'enfant, le peu de lar-

geur de la fente vertébrale que l'on sent très bien, lorsqu'on déprime fortement, nous décident à l'intervention.

Le 7 janvier, l'enfant étant endormie, on circonscrit la base de la tumeur par deux incisions qui portent sur le tissu cutané; on dissèque avec le plus grand soin, mais, malgré toutes les précautions prises, la cavité méningitique est ouverte et laisse écouler du liquide céphalo-rachidien; un doigt introduit dans la cavité permet très bien de sentir le fissure osseuse, qui porte sur la septième cervicale et la première dorsale, mesurant environ 0,015 millimètres d'écartement. Le pédicule de la cavité méningée est lié, puis on suture par-dessus les parties molles, sans tenter le rapprochement osseux.

Le jour de l'opération, l'enfant a quelques vomissements dus au chloroforme, mais dès le lendemain elle reprend ses habitudes. Ce jour, comme les suivants, la température reste à 38°5. Le septième jour après l'intervention, on trouve le pansement mouillé et, de la ligne de sutures, on voit sourdre du liquide céphalo-rachidien. Les fils sont enlevés, la plaie désunie. Au fond de la cavité, on voit un orifice et une partie sphacélée analogue à un bourbillon : c'est la partie du sac des méninges qui a été liée. La plaie est pansée à plat. Malgré l'écoulement de liquide assez abondant, l'enfant va bien ; on remarque que, si le liquide ne s'écoule pas, l'enfant est endormie et tète mal; au contraire, dès que l'écoulement reparaît, il est accompagné du retour de la gaieté et de l'appétit. Peu de jours après, nous constatons l'apparition d'un strabisme convergent assez accentué. Comme la plaie est en bonne voie de guérison, les parents rentrent dans leurs foyers en emmenant l'enfant.

Le 31 janvier, le Dr Marquat nous écrit : « La plaie opératoire est presque cicatrisée, il n'y a pas le moindre suintement liquide; un seul point noir, c'est la persistance d'un léger degré de strabisme convergent, un peu de somnolence et quelques vomissements que l'on pourrait, comme syndrome, rapporter à du méningisme, mais qui me paraissent plutôt d'ordre réflexe, étant donné l'absence d'état fébrile et de tout autre phénomène. »

Le 23 *mars*, notre confrère nous annonce le décès de la petite opérée, qui est morte le 21, succombant à de l'hydrocéphalie aiguë. Pendant quelque temps, nous dit ce praticien, j'avais espéré une guérison définitive, l'enfant allait bien, augmentait de poids chaque jour, les vomissements avaient cessé, le strabisme avait disparu et la plaie était entièrement cicatrisée. Il y a dix jours environ, je fus de nouveau appelé pour voir l'enfant, parce que les vomissements avaient reparu. A mon grand étonnement, je constatai que la tête avait notablement augmenté de volume ; les

fontanelles, sous la pression du liquide céphalo-rachidien, étaient dilatées et proéminentes. La famille ne voulut pas accepter que l'on fasse des ponctions lombaires, et peu de jours après l'enfant succombait dans le coma.

L'examen de la tumeur a été fait au laboratoire d'histologie de l'école, par notre distingué collègue le D[r] Argaud, qui nous a remis la note suivante :

L'examen anatomo-pathologique montre que la paroi de la tumeur est exclusivement constituée par la peau, que la moelle est enveloppée par des méninges et que la collection liquide de la méningocèle avait dû fuser dans la bourse cutanée, soit par le fait d'une légère lésion opératoire, soit grâce à de minuscules pertuis.

Mais, seule, la constitution anatomique de la paroi cutanée mérite d'attirer l'attention.

L'épiderme, en effet, présente des caractères différents, suivant qu'on le considère dans la partie répondant à la ligne médio-dorsale du corps, ou sur les flancs de la tumeur.

Au niveau de la ligne médiane, l'épithélium, haut de 100 μ environ, est totalement dépourvu de papilles et de formations glandulaires ; sa membrane basale est sensiblement parallèle à la surface libre légèrement kératinisée. Au contraire, à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane, des papilles s'ébauchent, s'accusent et deviennent de plus en plus profondes ; des dépressions glandulaires apparaissent, elles aussi, pour devenir progressivement de plus en plus nombreuses. L'épiderme finit ainsi par atteindre jusqu'à 250 μ dans les portions interpapillaires et 120 μ au niveau des papilles dermiques. Quant aux culs-de-sac, ils appartiennent franchement au type sudoripare, comme l'indiquent leur forme et leurs cellules myo-épithéliales.

Le derme, très épais (*plus de un centimètre à certains endroits*), est richement vascularisé et renferme, çà et là, quelques gros troncules nerveux. Une couche adipeuse le double intérieurement.

En résumé, dans ce cas particulier, un véritable bourrelet, essentiellement protecteur contre toute violence extérieure, était offert à la méningocèle par une couche cutanée considérablement hypertrophiée.

A l'occasion du procès-verbal.

Tuberculose inflammatoire et sarcomes,

par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE.

M. Lejars a fait, à la séance du 14 juin, une très intéressante communication au sujet des *néoplasmes inflammatoires* des mem-

bres. Elle nous engage à verser aux débats, sur cette importante question des néoplasies inflammatoires, la note que voici :

On sait aujourd'hui que les inflammations, et l'inflammation tuberculeuse surtout, peuvent jouer un rôle efficient dans l'apparition des tumeurs bénignes. Il y aurait lieu de se demander quelles pouvaient être les relations de la tuberculose et des tumeurs malignes.

La question a été souvent abordée (1), mais, étant donnée la méconnaissance de la tuberculose inflammatoire, il était difficile jusqu'à présent, malgré les plaidoyers de Ribbert, d'arriver à conclure à autre chose qu'à de simples coïncidences. Au reste, le pouvoir indéfini de prolifération désordonnée, l'existence des métastases cellulaires semblent mettre d'emblée les néoplasies malignes hors de tout rapprochement possible avec les néoformations inflammatoires.

Et pourtant, on peut, sans peine, établir, entre les unes et les autres, toute une série de transitions progressives qui conduisent par degrés, des unes aux autres. On arrive ainsi, peu à peu, à cette conception : que, l'inflammation, par elle seule, peut réaliser toutes sortes de réactions identiques à celles des tumeurs vraies; nulle part, cela n'est plus sensible que pour les cancers du tissu conjonctif, pour les sarcomes.

C'est ce que nous voudrions envisager ici.

Dans cette étude, il serait conforme aux idées classiques de mettre à part la catégorie des *sarcomes à myéloplaxes*. Chacun sait, en effet, que ces tumeurs ont, d'antique réputation, quelque chose de spécial, une évolution lente, une faible malignité, et que l'on a, de bonne heure, soupçonné leur étiologie infectieuse. En effet, dès 1887, Bard avait fait écrire à leur sujet par Désiré de Fortunet (2) ces phrases significatives : « Il semble que l'on ait affaire à des foyers multiples d'une fermentation microbienne, caractérisée ici, comme toujours, par l'apparition d'éléments morphologiques atypiques et spécifiques de la cause qui les a produits. Suivant cette manière de voir, le myéloplaxe trouverait son analogie dans la cellule géante de la tuberculose. » Mais, depuis lors, on s'est borné à ces indications générales assez vagues; chacun a plus ou moins rapidement souscrit à l'opinion de Bard, que, dans leur rapport au Congrès de chirurgie en 1899, MM. Pollosson et L. Bérard consacraient définitivement.

(1) Voir surtout l'excellente plaquette consacrée par H. Claude à cette question dans la collection des *Actualités médicales*, Baillière, éditeur.

(2) Désiré de Fortunet. Note sur quelques cas de tumeurs des gencives. *Revue de Chirurgie*, octobre 1887, p. 786.

Pourtant, peu à peu, on s'apercevait que le groupe était, en réalité, moins nettement individualisé qu'il n'avait tout d'abord semblé ; les faits montraient que la présence de myéloplaxes n'était pas une garantie absolue de bénignité, qu'il y avait des myéloplaxes, plus ou moins abondants, dans presque toutes les tumeurs des os, qu'il y en avait dans certains cals soufflés (1), dans certains kystes des os, dans presque tous les cals (2), qu'il y en avait même dans certaines tumeurs des parties molles, et, peu à peu, on arriva à cette notion aujourd'hui régnante que, simple élément de réaction, le myéloplaxe ne peut servir, par lui seul, d'élément de classification et le terme de tumeurs à myéloplaxes n'est plus qu'une expression clinique, sans aucune valeur histologique, pour caractériser un sarcome bénin.

Nous ne distinguerons donc pas ces tumeurs des autres sarcomes, du moins, dans ce qui nous occupe ici.

Dès lors, en envisageant l'ensemble des cas, on peut arriver à mettre en évidence trois ordres de faits que nous énoncerons ainsi :

1° Il y a de fausses tumeurs, ayant l'allure clinique du sarcome, et par places l'aspect histologique du sarcome, qui sont nettement des produits d'inflammation.

2° Il y a des tumeurs que, cliniquement et histologiquement, on considère comme des sarcomes, et qui font, à un moment donné, la preuve de leur nature inflammatoire.

3° Il y a des sarcomes malins qui évoluent parallèlement et conjointement à des infections chroniques, capables de produire des tumeurs sarcomateuses, telles que la tuberculose.

I. — Le premier groupe vise des faits aujourd'hui bien connus. La liste serait longue maintenant de tous les pseudo-sarcomes développés dans la paroi abdominale, dans l'épiploon, dans l'intestin, sur les membres, autour des corps étrangers, d'écharde de bois, de fils de soie, etc. L'emploi plus exclusif du catgut dans la chirurgie du ventre, dans la cure des hernies, en a fait diminuer la fréquence, mais on en observe encore de temps à autre ; un clinicien non prévenu s'y trompe à coup sûr, et l'examen histologique lui-même induit en erreur souvent. Personne ne pouvait dire le nombre de ces phlegmons ligneux dont les amas leucocytaires, groupés entre des mailles fibreuses, en ont imposé pour un sarcome à grosses cellules, ce qui s'harmonisait bien avec les impressions

(1) P. Delbet. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 3 et 10 juin 1903.

(2) Voyez sur ce sujet : Tracy. Étude sur certains cals vicieux simulant des tumeurs des os. *Thèse de Lyon*, 1905, n° 36.

cliniques! Combien de sarcomes ont été considérés comme chirurgicalement guéris, qui n'étaient que ces inflammations chroniques à allure sarcomateuse !

Les parasites peuvent donner naissance aux mêmes erreurs : l'actinomyces est coutumier de semblables productions, et le terme de sarcome actinomycosique, créé par l'un de nous, indique bien ce qu'il en est de ces cas.

Les infections chroniques peuvent également engendrer des productions de cette sorte (1). Nous avons personnellement opéré une infiltration sarcomateuse localisée du fémur pour laquelle une biopsie fit dire sarcome probable, et que l'évidement montra manifestement n'être que la réaction inflammatoire d'un vieux foyer d'ostéomyélite chronique. La bactériologie y décela, au reste, du staphyloccoque.

Mais ce sont surtout la syphilis et la tuberculose qui se comportent ainsi. Pour l'une, comme pour l'autre, on a décrit « des formes sarcomateuses », au rein, au testicule, sur l'intestin, et c'est quelquefois avec peine que l'examen histologique établit la nature réelle de la tumeur. De récents mémoires ont attiré, à nouveau, l'attention sur de tels faits. Sous le nom de tuberculose pseudo-néoplasique des gaines, Forgue et Massabuau (2), Mario Donati (3) ont établi, par l'histologie, l'origine tuberculeuse de tumeurs rappelant, à s'y méprendre, les myélomes des gaines décrits par Heurteaux et Malherbe.

Déjà, en 1897, l'un de nous avait, avec L. Dor, soutenu (4) cette idée que ces tumeurs, voisines des sarcomes à myéloplaxes, et pourtant différentes d'eux, étaient simplement des néoformations inflammatoires. La précision apportée par les recherches que nous venons de citer ne nous surprend donc pas, et nous admettons volontiers que la tuberculose puisse réaliser, au niveau des gaines, une tumeur présentant tous les caractères cliniques et macroscopiques des myélomes. L'élément caractéristique de ces myélomes est, en effet, constitué par une cellule géante, que l'on s'est efforcé de distinguer, du myéloplaxe du sarcome, pour le rapprocher du myéloplaxe de la moelle osseuse. Or, comme le disent Forgue et Massabuau : « Rien n'est plus trompeur que ces analogies morphologiques, notamment

(1) Nous ne pourrions en donner de plus beaux exemples que les observations de Sénéchal rapportées ici même par M. Lejars dans la séance du 14 juin.

(2) Forgue et Massabuau. La forme hypertrophique de la tuberculose des gaines tendineuses ; la *Presse Médicale*, 23 octobre 1909, p. 766.

(3) Donati. La tubercolosi pseudo-neoplastica delle guaine tendinee. Estratto dal *Giornale della R. Academia di medicena di Torino*, 1910.

(4) Bonhomme. Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses. *Thèse de Lyon*, 1897-1898, nº 65.

quand il s'agit de cellules géantes. Prise isolément, la cellule géante tuberculeuse diffère bien peu d'une cellule géante syphilitique ou de celle d'un nodule sporotricosique, et il est parfois impossible de distinguer d'avec les myéloplaxes les cellules géantes de certains endothéliomes ou sarcomes, ou même les cellules géantes épithéliales que forme quelquefois le cancer.

« La cellule géante ne doit être considérée que comme un élément cellulaire en état de suractivité fonctionnelle, état qui se caractérise par l'hypertrophie du protoplasma et la division du noyau, et qui est réalisé dans le but d'une phagocytose plus active. Tous les processus inflammatoires peuvent créer des lésions renfermant des cellules multinucléées. »

Et que l'on ne croit pas qu'il s'agisse là d'une opinion isolée. Elle se fait jour partout. Elle a été plus particulièrement défendue, dans ces dernières années, par Nicolas et Favre qui ont fait connaître à ce point de vue une observation singulièrement démonstrative de tumeur des gaines, d'origine syphilitique.

Dans leur cas, un homme de vingt-neuf ans avait été opéré par Durand pour une tuméfaction, épaisse, rosée, de la gaine des fléchisseurs de l'index. L'examen histologique fait par Paviot et Bériel au laboratoire d'anatomie pathologique du professeur Tripier conduisit à cette conclusion : « Il y a toute probabilité, pour qu'on soit en présence de ces lésions, vraisemblablement parasitaires ou infectieuses dites myélomes des gaines. »

Le malade eut une récidive rapide à type sarcomateux. Le diagnostic était si net que l'on songeait à une intervention radicale, lorsque Nicolas, frappé des antécédents syphilitiques du malade et des caractères de l'examen histologique qui lui rappelaient ce qu'il avait vu avec Favre dans les lésions syphilitiques tertiaires, « souleva l'hypothèse, peu vraisemblable au point de vue clinique » de lésion syphilitique. Un mois après, grâce à un traitement intensif, la guérison était complète (1).

Il semble donc bien établi que *la tuberculose et la syphilis peuvent produire des tumeurs d'apparence sarcomateuse, et cependant, manifestement inflammatoires, comme toute inflammation ou irritation chronique.*

II. — Le second groupe de faits est beaucoup plus intéressant. Il comprend des observations singulièrement troublantes au point de vue de la pathogénie des sarcomes ; schématiquement, chacune d'elles se réduit à ceci : une tumeur osseuse, musculaire ou syno-

(1) Nous aurions pu ranger cette observation dans la catégorie suivante, mais, considérant le myélome comme une lésion d'inflammation, elle nous a paru mieux à sa place ici.

viale est considérée comme un sarcome typique par un ou plusieurs chirurgiens; l'intervention met en mains une pièce qui a l'aspect caractéristique du sarcome; l'*histotogie confirme ce diagnostic*, et l'évolution montre qu'il s'agit, cependant, d'une syphilis ou d'une tuberculose.

Ces faits sont particulièrement communs pour la syphilis, car le traitement d'épreuve permet, plus aisément, de juger la question en dernier ressort.

Nous ne parlons pas ici de sarcomes cliniquement supposés, que le traitement syphilitique a guéris, mais, uniquement, des cas ayant donné lieu à des constatations microscopiques précises, ou si l'on préfère à ce que nous appellerons, *pour l'instant*, une double erreur de diagnostic clinique et histologique.

En 1875, au vingt-quatrième Congrès de la Société allemande de Chirurgie, Esmarch avait déjà insisté sur ces faits, en déclarant formellement que « nombre de syphilomes, même sous le microscope, sont impossibles à distinguer des vrais sarcomes à petites cellules ou à éléments fusiformes ».

Depuis lors ces faits se sont vulgarisés. Le Dentu, Feulard en ont, notamment, rapporté d'intéressants, mais de tous les travaux parus à ce sujet, les plus importants sont certainement ceux de Nicolas et Favre, dont on connaît les intéressantes recherches sur l'histologie pathologique des syphilides tertiaires. On trouvera leurs idées exposées dans la thèse récente de Chenelot (1).

Elles se résument à ceci : la syphilis est capable d'édifier des tumeurs simulant des sarcomes; elle le fait surtout dans les muscles striés, sur les os courts, sur le crâne, la clavicule, l'omoplate. Pour les différencier des sarcomes vrais l'examen histologique n'est pas d'un grand secours. Il ne permet pas toujours de distinguer nettement des infiltrations tertiaires syphilitiques d'avec les sarcomes ou la tuberculose, car *la présence des cellules géantes ou de myéloplaxes n'est un critérium absolu en faveur d'aucune de ces maladies en particulier*. En cas de doute, c'est le traitement d'épreuve intensif qui tranchera la question.

Nous avons personnellement observé des faits identiques à ceux auxquels Esmarch, Nicolas et Favre ont fait allusion; ils nous ont paru si caractéristiques, qu'ils méritent d'être cités (2).

Un homme de trente-cinq ans, sans antécédent vénérien héréditaire ou acquis, présente deux tumeurs, l'une de la région claviculaire et

(1) Chenelot. Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes. *Thèse de Lyon*, n° 38, 13 décembre 1910.

(2) On trouvera les observations *in extenso* dans la thèse de Chenelot, p. 13 et 19.

l'autre de la fosse sous-épineuse. Après échec d'un traitement spécifique, puis de la radiothérapie, il vient dans notre service, et le 10 septembre 1909, nous lui évidons une tumeur sarcomateuse située sous la clavicule et adhérente à l'os.

Au centre de la tumeur, qui a l'air d'un sarcome, il existe un petit foyer caséeux qui nous fait faire le diagnostic de tuberculose. Le malade guérit rapidement et l'examen histologique, ayant fait constater des cellules géantes, semble confirmer le diagnostic opératoire.

Le 25 octobre, nous intervenons pour enlever la masse scapulaire; notre idée première était de la curetter; en réalité, une fois la tumeur découverte, elle ressemblait tellement à un sarcome périostique que nous enlevâmes la plus grande partie de l'omoplate. Le malade guérit sans incident et le résultat fonctionnel fut satisfaisant macroscopiquement. La pièce donnait l'impression d'un sarcome périostique. Microscopiquement, l'aspect était celui d'un sarcome fuso-cellulaire avec quelques rares myéloplaxes.

Entre temps, le malade présenta une induration ligneuse de la clavicule et de la zone sous-claviculaire. Nous la considérâmes comme une récidive de la première tumeur, faussement étiquetée tuberculeuse, pensions-nous, et, le 18 décembre, nous dédoublâmes longitudinalement la clavicule, enlevant largement les tissus infiltrés. Cette intervention fut absolument inutile ; les bourgeons sarcomateux caractéristiques apparurent dans la plaie avant même qu'elle n'ait eu le temps de se cicatriser.

Bientôt une toute petite tumeur cutanée du flanc droit que le malade présentait depuis des mois devint douloureuse. Il en réclama l'extirpation. Elle était grosse comme une noisette, elle offrit à la coupe, l'aspect d'une gomme; effectivement, après l'examen histologique, L. Dor affirma la syphilis. Nous fîmes alors rechercher la réaction de Wasserman (1). Elle fut positive.

Pendant ce temps, la récidive claviculaire augmentait toujours; nous montrâmes alors notre opéré à M. le professeur Nicolas, qui nous conseilla d'essayer un traitement mixte intensif.

Aucune amélioration ne fut obtenue pendant les quinze premiers jours, puis, peu à peu, les malaises généraux, la lassitude, les douleurs disparurent; au bout d'un mois, il ne restait plus rien de l'infiltration du creux sous-claviculaire et en juillet la guérison était complète.

Voici donc, chez un malade niant toute syphilis et n'en présentant aucune trace, deux tumeurs qui ont l'aspect clinique et l'évolution d'un sarcome; qui, opératoirement et *histologiquement*, sont considérées comme du sarcome; leur récidive a tous les caractères morphologiques d'une repullulation sarcomateuse, et cependant, elles sont le fait d'une syphilis absolument indiagnosticable, fortuitement soupçonnée, et très rebelle au traitement.

(1) Laurent et Goin. La réaction de Wassermann. *Lyon chirurgical*, t. IV, n° 2, 1er août 1910, p. 141.

Pourquoi dire qu'il s'est agi là d'un pseudo-sarcome d'origine syphilitique, puisque tout en affirmait un vrai, la clinique et l'histologie. On pensera peut-être que l'évolution ne fut pas celle d'un sarcome, puisque le malade a guéri, mais il est certain que, sans l'insistance que l'on a mise à lui faire suivre, malgré son inefficacité première, un traitement mixte, cet homme serait mort à coup sûr, tant se marquait progressivement sa déchéance physique.

Le cas suivant est non moins éducateur.

Une femme de quarante-six ans atteinte de lésions mitrales entre au mois de juillet 1908 dans notre service, pour une tumeur de la région cervicale. De par l'histoire de ses cinq grossesses, il semble bien qu'elle ait été syphilisée, mais rien autre que cela ne permet de le dire. Elle porte depuis six mois une tumeur de la région angulo-maxillaire droite que, par exclusion, nous reconnaissons pour un branchiome. Le 20 juillet 1908, nous en faisons une ablation très pénible qui nécessite la section du sterno-mastoïdien, de l'hypoglosse, une dissection complète de la gaine des vaisseaux du cou, qui était infiltrée.

L'opération nous parut incomplète, aussi ne fûmes-nous pas surpris de voir brusquement survenir, au huitième jour, sans accidents infectieux, un hématome anévrismal diffus nécessitant une ligature de la carotide primitive à la base du cou. Malgré cet incident, le malade guérit rapidement.

L'examen histologique imposa le diagnostic de sarcome.

Quelques mois plus tard, l'apparition de phénomènes dysphagiques graves semblait indiquer une récidive, lorsqu'une ulcération palatine fit songer à la syphilis, et un traitement mercuriel régulier montra que ce diagnostic était très exact.

Il ne fait aucun doute pour nous que la tumeur que nous avons enlevée ne fût un sarcome d'origine syphilitique, et, nous le répétons, ce sarcome ne peut être différencié, par rien, d'un sarcome banal.

Nous pensons donc que, dans l'étiologie de certains sarcomes, *la syphilis doit être tenue pour une cause agissante qui met en mouvement une prolifération à type néoplasique, sans qu'aucun élément permette de dire qu'il s'agit là de fausses tumeurs et de diagnostics erronés.*

Aussi bien, désormais, suspecterons-nous la syphilis, en présence de tout sarcome, musculaire, synovial ou osseux, et chercherons-nous toujours à en vérifier l'existence par la réaction de Wassermann et l'épreuve thérapeutique. Il y aurait lieu aussi de rechercher si le salvarsan ne serait pas le remède héroïque de ces cas-là?

La tuberculose, avons-nous dit, doit probablement être mise sur le même pied que la syphilis.

La preuve en est moins aisée à fournir. On ne saurait recourir

malheureusement à la démonstration par l'efficacité thérapeutique; l'histologie est également sans valeur, comme l'ont montré les recherches que nous avons citées, et seule, l'inoculation, dit-on, a réellement force probante.

Pourtant il est des faits qui, par eux-mêmes, méritent d'être retenus. Ce sont ceux où l'on voit coïncider un sarcome, histologiquement étiqueté tel, avec une adénopathie tuberculeuse dans le même département lymphatique, comme il en fut, par exemple, dans une récente observation de G. Pieri (1). Chez un malade de trente-deux ans, souffrant, depuis un an, de troubles dyspeptiques, on enlève, par résection, une tumeur pylorique et les ganglions y attenant le long de la petite courbure. L'examen microscopique montre que ces ganglions sont tuberculeux et que la tumeur est un sarcome alvéolaire à cellules polymorphes.

On avouera que la coïncidence des deux lésions mérite d'être relevée. Nous n'avons personnellement pas pu recueillir d'observations de cette sorte, mais nous pourrions aisément en citer quelques-unes. Récemment J. Lereboullet et Marcorelles en ont étudié une que l'on nous permettra de résumer (2).

Ces auteurs ont observé, longtemps, un enfant atteint de tumeurs ganglionnaires multiples, micropolyadénites, varicosités lymphatiques nombreuses, auxquelles s'associait une double tumeur du testicule. L'aspect des ganglions, ici petits et indurés, là volumineux et pseudo-caséeux, le volume modéré des testicules, à peu près également durs et bosselés, portaient au diagnostic de tuberculose, que semblaient appuyer les résultats des épreuves de cuti et d'intradermo-réaction, nettement et fortement positives; dans la suite, l'apparition d'une paraplégie spasmodique venait accentuer encore l'impression clinique en faisant croire à un mal de Pott latent.

En réalité, l'ablation d'un ganglion volumineux et d'apparence lymphosarcomateuse, tant à l'œil nu qu'au microscope, fit rapidement douter de ce diagnostic et conclure à l'existence d'un lympho-sarcome ganglionnaire et testiculaire, diagnostic que l'évolution clinique et l'autopsie permirent de vérifier. Celle-ci établit l'absence de lésions tuberculeuses macroscopiques et les caractères habituels aux lésions sarcomateuses et lymphosarcomateuses, si bien qu'il parut d'abord, que la maladie causale était une tumeur maligne des deux testicules, propagée à tout le

(1) Pieri. Sarcome du pylore avec adénites correspondantes tuberculeuses, *Il Policlinico, sezione chirurgica*, t. XVII, n° 3, mars 1910, p. 137.

(2) J. Lereboullet et A.-G. Marcorelles. Un cas de lymphosarcome ganglionnaire et testiculaire. *Bulletin de la Société de pédiatrie*, janvier 1910.

système lymphatique. Une étude histologique complète vint montrer que la localisation primitive au testicule était difficilement défendable ; de plus, le caractère, à la fois inflammatoire et néoplasique, des lésions, la présence et l'aspect des cellules géantes dans celles-ci, permirent aux auteurs de se demander si la tuberculose n'était pas, en réalité, la cause réelle de tout et s'ils n'avaient pas eu affaire à une néoplasie lymphosarcomateuse d'origine bacillaire.

Cela rappelle certaine observation que Ribbal fit rapporter en 1895 par son élève Rickert, et que l'on trouvera dans le travail de Claude. Dans quelques cas, on est allé au delà de simples hypothèses. Delbet et Gougerot ont cité des faits probants.

Gougerot a vu un petit sarcome fuso-cellulaire sous-rotulien donner une inoculation positive. P. Delbet a cité l'histoire d'une tumeur de la partie inférieure du fémur pour laquelle il avait désarticulé la hanche à un jeune garçon. L'examen histologique fait par Cornil avait confirmé le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. L'enfant n'ayant jamais eu de récidive, Cornil reprit, un jour, ses coupes, et y découvrit à sa grande surprise des bacilles de Koch.

Delbet, au reste, a exposé plusieurs fois et ici même sa conviction des relations entre les myéloplaxes et les cellules géantes de la tuberculose, et il s'est efforcé d'en établir une démonstration anatomique. Avec Gougerot (1), il a surpris des transitions histologiques favorables entre les unes et les autres, qui les confirment dans cette hypothèse. Et cependant, nous semble-t-il, ce n'est pas dans cette voie qu'il faut s'aiguiller au lendemain du jour où l'on a affirmé la non-spécificité de la cellule géante, produit réactionnel aussi fréquent dans les lésions syphilitiques que dans les lésions tuberculeuses.

Mais qu'importe, toutes les recherches sont bonnes dans cet ordre d'idées, puisqu'elles tendent à éclairer un point de l'étiologie des tumeurs.

C'est par elles qu'il nous est possible de dire aujourd'hui que *la tuberculose, comme la syphilis, paraît donner naissance à des sarcomes, valablement reconnus tels par l'histologie, et que, par sa poussée irritative, elle crée, peut-être, bien des réactions sarcomateuses comme elle fait naître des adénomes ou des lipomes bénins.*

III. — Au reste, il est telles conditions cliniques qui imposent cette idée. C'est le troisième point que nous voulons envisager ici. On voit parfois évoluer, parallèlement, l'infection tuberculeuse

(1) Gougerot. Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs aux bacilles de Koch. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, novembre 1906, n° 6, p. 466.

et une tumeur sarcomateuse, avec une succession et une simultanéité saisissantes.

Delbet a cité le fait suivant très caractéristique : Une fillette fut laparotomisée pour péritonite tuberculeuse. Elle guérit. A dix-neuf ans, grande, florissante, avec les apparences de la santé la plus parfaite, elle entre à l'hôpital Laënnec pour une tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia droit. Malgré l'intégrité de l'articulation et étant donnés les antécédents, Delbet fait le diagnostic de tuberculose. L'opération conduit sur une tumeur solide extrêmement vasculaire, que l'examen histologique a montré être un sarcome à myéloplaxes. L'évidement amène la guérison. Mais deux ans après, la malade revient amaigrie, décharnée, méconnaissable, avec une récidive de sa péritonite tuberculeuse à laquelle elle succombe. Le rapprochement clinique est frappant : et, comme le dit Delbet, si le développement d'un sarcome à myéloplaxes entre les deux phases de l'évolution d'une péritonite tuberculeuse n'est pas, à lui seul, une preuve de son origine bacillaire, il en est, à coup sûr, une sérieuse présomption.

Nous en dirions autant, sinon plus encore, de l'observation suivante que nous avons récemment recueillie dans notre service.

Une jeune fille de dix-sept ans, ayant des antécédents héréditaires et personnels lourdement chargés de tuberculose, prend, au début de l'année 1909, des douleurs dans la hanche droite, en même temps qu'elle maigrit. Un mois après les premiers symptômes, un chirurgien fait le diagnostic de coxalgie, « qui semble naturel » devant une scrofuleuse, malingre et chétive. Trois mois plus tard, une tuméfaction volumineuse est constatable au niveau de la fesse; la hanche est libre; une ponction exploratrice ramène du sang : il ne peut y avoir de doute, il s'agit d'un sarcome du bassin. A l'auscultation, on trouve des signes de tuberculose qui semblent marcher de pair avec la tumeur. Celle-ci est trop étendue et l'état général trop mauvais pour que l'on puisse songer à une intervention, on se borne donc à un traitement symptomatique et la mort mit cinq mois à venir. Pendant tout ce temps, la jeune malade présente une température très élevée avec défervescence, tous les cinq ou six jours, et réascension après trois ou quatre jours d'apyrexie. Entre temps apparaît une métastase frontale indolore.

A l'autopsie, nous trouvâmes une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, logée dans la fosse iliaque externe, et développée aux dépens de l'ilium. A travers la grande échancrure sciatique, elle pénétrait dans le bassin, les ganglions iliaques externes, hypogastriques et lombaires étaient envahis. A la coupe, la tumeur avait l'aspect lardacé. Histologiquement, c'était un sarcome fuso-cellulaire. Il existe, en outre, un double épanchement pleural, séro-fibrineux et de l'infiltration tuberculeuse, histologiquement vérifiée, des sommets des deux poumons.

En somme, évolution simultanée chez une tuberculeuse d'un sarcome osseux et d'une phtisie pulmonaire. Le parallélisme fut tel que l'idée d'une communauté d'origine s'imposait à tous ceux qui voyaient cette malade.

C'est donc là encore un fait constituant une présomption forte, en faveur de l'étiologie tuberculeuse de quelques sarcomes, et sans oser formuler encore des conclusions à propos de ce cas et d'autres du même genre, nous voudrions dire simplement notre conviction que de telles observations ne sont pas rares. Il serait à désirer que, dorénavant, elles fussent soigneusement recueillies, car peut-être serait-il possible, grâce à elles, de percer le mystère pathogénique que ni l'histologie, ni la bactériologie, ni l'expérimentation n'ont pu trancher jusqu'à présent.

Sur les plaies de poitrine.

M. Lucas-Championnière. — Je ne veux pas laisser terminer la discussion sur les plaies de poitrine sans dire quelques mots résumant l'impression que me laisse cette longue discussion. Je n'ai pas cru devoir y prendre une part bien longue pour ne pas fatiguer la Société par la répétition des faits que j'ai apportés dans plusieurs autres discussions. Mais je ne vois pas que celle-ci ait changé grand'chose à la situation et aux convictions qu'elle peut nous laisser. Je n'ai jamais dit, comme on me l'a fait dire, qu'il n'y avait aucune indication à intervention après une plaie de poitrine. J'ai dit que les indications de l'intervention étaient rares et que le traitement général le plus heureux était le traitement sans intervention immédiate et par l'immobilisation la plus parfaite du thorax.

Or, après avoir dit très haut être d'un avis opposé, les partisans les plus convaincus de l'intervention viennent nous dire que l'intervention doit être rare, et ils ne peuvent même nous donner des motifs de l'intervention des indications précises.

On nous cite des cas de guérison après intervention. Mais, dans beaucoup de ces cas, il est bien difficile de savoir si le sujet n'eût pas aussi bien guéri sans l'intervention ; et souvent l'opérateur lui-même a la bonne foi d'affirmer qu'il ne peut l'assurer.

Nous ne doutons pas que l'on puisse avoir des succès après une intervention. Nous ne doutons pas davantage que, sans intervention, la mort ne puisse survenir. Aussi la question ne peut-elle être jugée par la publication de cas isolés.

La question ne pourrait être jugée qu'en réunissant des cas très

nombreux sans les choisir, — intervention et non-intervention, — et l'on verrait alors si les succès sont plus fréquents après l'intervention que sans l'intervention.

Pour ma part, ayant observé un grand nombre de cas, et en particulier de plaies pénétrantes par balles de revolver, je pense, d'après ma pratique, que le succès est la règle sans l'intervention. La guérison des plaies de poitrine est chose bien plus régulière que l'on n'imagine, et cela malgré des symptômes si alarmants que l'on conçoit très bien que des gens d'expérience insuffisante restent convaincus que la mort est certaine et que, seule, une opération peut arracher le sujet à la mort.

On ne peut en trouver de meilleure preuve que les observations citées avec la meilleure foi du monde par nos collègues interventionnistes, qui rapportent avoir été profondément ébranlés dans leurs convictions en constatant que des sujets qu'ils n'avaient pas opérés, simplement parce qu'ils les trouvaient trop bas pour supporter une opération, abandonnés à eux-mêmes, avaient très bien guéri. Combien ces cas-là deviennent fréquents avec le traitement systématique sans intervention, mais avec des soins très méthodiques!

Puis je ne conteste pas le progrès des techniques. Il est bien certain que la guérison, moins rare après intervention, étonne, satisfait toujours l'opérateur, tout en le surprenant un peu; si bien qu'on publie toujours l'observation, tandis que les cas malheureux restent dans l'obscurité, précisément parce que l'on estime que par leur gravité ils étaient au-dessus des forces du chirurgien.

L'inconvénient de cette manière de faire est grand, surtout vis-à-vis des opérateurs très jeunes qui ne peuvent pas avoir l'expérience qu'ont les vieux chirurgiens de la bénignité relative des plaies de poitrine.

Nos collègues hantés par l'idée d'intervention ont mélangé dans leur argumentation les cas de plaies par arme à feu et ceux de plaies par instrument tranchant. Je crois que c'est une faute, car les plaies par instrument tranchant laissant voir où est la source de l'hémorragie et quelle est son intensité directe, peuvent donner des indications plus précises à une intervention; la section de la blessure et la ligature d'une intercostale, par exemple, comme on en a cité des exemples. En tous cas, elle donne plus facilement le chemin suivi par l'instrument pour atteindre le poumon, si l'on veut agir sur la plaie pulmonaire.

Les plaies d'arme à feu, surtout les plaies de suicide, amènent des accidents de dépression nerveuse extrêmement accusés qui donnent très bien le change sur la gravité de l'état du sujet. De ce

fait, on peut, aussitôt après la blessure, croire à la gravité extrême d'un épanchement qui est pourtant de nature à être très bien supporté par le sujet.

Enfin, en ce qui concerne l'utilité et le pronostic des interventions, je rappelle que je déplore un argument des interventionnistes à outrance qui démontre plus que jamais que comparaison n'est pas raison.

Pour affirmer la nécessité de l'intervention, on invoque la nécessité admise des interventions dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Or, tandis que, pour les plaies de l'abdomen, on a affaire, avec les plaies intestinales, à des plaies ayant toutes chances d'amener la mort, dans l'immense majorité des cas, on trouve dans la laparotomie une intervention qui, en elle-même, n'a qu'une gravité insignifiante. Pour l'ouverture du thorax, c'est précisément le contraire. D'un côté, une lésion qui, même avec des apparences symptomatiques très alarmantes, donne le plus souvent une guérison relativement facile si on s'abstient rigoureusement de toute intervention, et, d'un autre côté, l'intervention par la thoracotomie, qui est en elle-même un traumatisme d'une gravité incontestable que l'on ne peut infliger sans danger à un sujet très compromis dans ses fonctions par la lésion qu'il porte. Comparer les deux ordres de plaies pénétrantes pour conclure que les deux cavités compromises doivent être traitées de la même façon, c'est méconnaître absolument des données parfaitement connues que nous a enseignées depuis bien longtemps l'étude des traumatismes des deux cavités.

M. Mauclaire. — Dans cette question des plaies du poumon, il faut apporter *sans exception* tous les faits d'intervention pour plaies graves du poumon. En voici une observation :

Un malade, âgé de trente ans, est entré le 11 juin dans mon service; il s'est tiré une balle de revolver d'un gros calibre dans la région précordiale; un peu au-dessous du mamelon. Je vois le malade une heure après l'accident. Le blessé a une dyspnée très intense; on voit une plaie pénétrante dans le 6e espace intercostal, à quatre travers de doigt du bord sternal.

Il existe une deuxième plaie en arrière, dans le 8e espace intercostal, à cinq travers de doigt du rachis. De cette plaie postérieure il sort d'une façon continue du sang rouge. Depuis qu'il est à l'hôpital, le malade a perdu près d'un demi-litre de sang. Son aspect est celui d'un blessé qui a perdu beaucoup de sang et en perd encore au moment où je l'examine. Je fais le diagnostic de plaie possible du cœur et de plaie perforante du poumon avec hémorragie continue.

Je fais immédiatement pratiquer une anesthésie assez peu profonde et je fais un volet thoracique avec les 5e et 6e côtes, volet à charnière externe, mais sans fracturer la charnière costale; avec des valves, il est facile d'écarter les côtes et d'examiner la cavité thoracique. Le poumon est refoulé complètement vers le rachis. Je vois une plaie perforante de l'extrémité antérieure de la languette pulmonaire antérieure du lobe supérieur. Elle est perforée de part en part. J'en pratique la ligature et l'excision. J'examine ensuite le lobe inférieur. Il est perforé de part en part. Je fais sur la plaie de la face interne une suture en U assez loin de la plaie pour bien prendre dans la ligature tous les vaisseaux rétractés comme l'a recommandé notre collègue Souligoux. Cela permet d'éviter les hémorragies secondaires. Je fais la même suture en U sur la plaie postérieure. *J'ajouterai que ces deux plaies ne saignaient plus au moment de l'intervention.* J'examine alors le péricarde, il n'est pas lésé. J'éponge le sang extravasé dans la plèvre, et je ferme sans drainer la cavité pleurale. Je nettoie et j'obture au collodion la plaie postérieure.

Après l'opération, la dyspnée a été encore très intense du fait du brusque pneumothorax que le blessé supporte difficilement. On fait plusieurs piqûres de morphine.

Les jours suivants, la dyspnée, qui resta assez vive, se calma peu à peu. La température monte le lendemain à 38°8 et elle descend le lendemain à 38 degrés, puis 37°8. Le pneumothorax disparut progressivement; aujourd'hui, le poumon commence à respirer, et le pneumothorax est disparu. Huit jours après l'opération, le blessé est donc en voie de guérison.

J'ai déjà rapporté ici deux autres observations d'intervention pour plaie grave du poumon. Dans le premier cas que M. Souligoux a bien voulu rappeler, j'ai bien observé le malade pendant deux heures, puis j'ai fait une évacuation de 3 à 400 grammes de sang, ce qui a diminué la cyanose du blessé, et celui-ci a guéri.

Dans un deuxième cas, que j'ai rapporté ici l'an dernier, j'ai fait la ligature de la languette antérieure du lobe supérieur du poumon gauche, après une résection de la 6e côte sur une longueur de 8 à 10 centimètres et en écartant les côtes voisines assez élastiques chez le sujet qui était jeune.

Dans ces cas de plaies du poumon, *il faut bien distinguer les symptômes graves provoqués par l'hémorragie interne et ceux provoqués par le pneumothorax brusque et total.* Celui-ci par sa brusquerie donne lieu à une congestion du poumon du côté opposé, d'où l'intensité de la dyspnée. C'est là une indication pour utiliser les chambres à hyperpression si elles étaient pratiques. La dyspnée provoquée par le pneumothorax ne justifie pas l'intervention le

plus souvent, à moins que le pneumothorax ne soit positif. C'est l'hémorragie interne grave et prolongée qui justifie l'opération. *La pâleur de la face et le pouls petit, filant, sont donc deux grandes indications.*

Voilà les trois seuls cas dans lesquels je suis intervenu pour plaies du poumon. Dans les autres cas, cas moyens (une dizaine) et cas légers (une vingtaine), les malades ont guéri sans intervention. Etant interne, j'ai vu une jeune malade succomber rapidement à un pneumothorax total unilatéral sans hémorragie abondante, comme le montra l'autopsie.

Enfin, je ferai remarquer que pour faire ces interventions graves, il faut être sûr de son installation, de ses aides et de son matériel. Si l'on n'est pas dans ces conditions, il vaut mieux se contenter d'immobiliser le blessé, et faire des piqûres de morphine pour calmer la dyspnée.

M. ROCHARD. — Messieurs, permettez-moi de vous donner le résumé d'une observation qui n'est pas sans présenter un certain intérêt.

Il paraîtrait résulter de la discussion de la Société de chirurgie, et surtout de ce qui a été dit par M. Tuffier, que les malades atteints de plaies du poumon mouraient de suite d'hémorragie, sans qu'on n'ait pour ainsi dire pas le temps d'opérer ou les premières heures passées, ne devaient pas succomber à la perte de sang.

C'est contre cette manière de voir que je tiens à protester ; car malheureusement, les malades peuvent mourir d'hémorragie primitive retardée ou d'hémorragie secondaire. L'observation qui va suivre en est une preuve.

Depuis vingt jours, j'ai reçu dans mon service de Saint-Louis cinq plaies graves du poumon.

L'une est morte au septième jour de broncho-pneumonie probablement ; l'autopsie médico-légale n'a pas encore été faite.

Une autre a guéri, et deux autres malades ont eu au sixième jour une hémorragie secondaire qui n'est pas sans me donner de l'inquiétude.

Enfin voici, en quelque mots, l'histoire brève d'un malade mort d'hémorragie retardée neuf heures après le coup de couteau et que l'intervention aurait probablement pu sauver.

C... (A.), salle Nélaton, lit n° 36, malade de vingt-deux ans, entré le 11 juin 1911, à *onze heures du soir*, pour plaie de poitrine : l'attentat avait eu lieu à dix heures.

Examen du malade à l'entrée. — Plaie de la moitié du thorax, siège exactement au-dessous de la clavicule que l'instrument tranchant a entamée à égale distance de l'acromion et du manubrium ; plaie longue

de deux centimètres, béante. Par cette plaie s'échappe du sang en assez grande abondance.

Examen du poumon. — Pneumothorax.

Épanchement sanguin paraissant peu abondant.

État du blessé. — État syncopal du blessé, qui ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Pouls à 110 bien frappé; respiration à 20; pas d'hémoptysie.

Traitement immédiat. — Sérum, 800 grammes; morphine, 1 centigramme; caféine, 5 centigrammes.

Le malade, revu à deux heures, à quatre heures et à sept heures, par mon interne, M. Cotillon, reprend connaissance.

Pouls à 100; température, 37 degrés; respiration à 20.

Pendant la nuit, une injection d'huile camphrée toutes les deux heures.

Abstention à cause de l'état satisfaisant du malade.

A 8 heures du matin, syncope brusque.

Pouls à 140, petit, rapide; respiration à 24.

Le malade ne reprend pas connaissance.

Abstention à cause de l'état grave du blessé.

Il succombe à 9 heures, c'est-à-dire onze heures après l'accident.

Autopsie par le Dr Paul, à la Morgue :

Plaie du lobe supérieur traversé de part en part;

Hémorragie par la plaie antérieure et par la plaie postérieure;

Hémothorax de *1.120 grammes*; mort par hémorragie primitive retardée.

Cette observation se passe de commentaires, je la livre à la réflexion des abstentionnistes.

M. L. Picqué. — En défendant devant vous les opinions soutenues par notre collègue Baudet, dans son travail sur *les plaies de poitrine*, je n'ai pas eu la vaine prétention de les opposer à celles de collègues distingués qui ont pris part à la discussion de 1907. Mon dessein a été plus modeste.

En relisant les Bulletins de l'époque, j'avais, comme vous tous, éprouvé le sentiment que la discussion n'était pas close.

Comment, en effet, cette question complexe aurait-elle pu, avec des faits aussi contradictoires que ceux qui nous avaient été présentés, être définitivement résolue ?

De nouveaux documents devenaient nécessaires : plusieurs de nos collègues demandaient justement pour conclure, ou tout au moins pour continuer utilement la discussion, qu'on en apportât à cette tribune.

Quatre ans se sont écoulés, au cours desquels des opinions hésitantes ont pu se préciser.

J'ai pensé alors qu'il pouvait être intéressant de mettre sous vos yeux les succès que la thoracotomie avaient donnés à un collègue dont j'ai pu apprécier pendant de longues années le juge-

ment et les qualités cliniques, et qui possède en outre une habileté opératoire incontestable.

Mais, pour brillant que soit un résultat, il faut qu'il soit légitime.

Or, j'ai voulu, avant de persévérer dans la voie encourageante qu'ouvraient à la thoracotomie immédiate les succès de notre collègue, connaître vos idées actuelles sur ce sujet si passionnant de chirurgie d'urgence.

Je vous ai donc présenté les raisons qu'il avait invoquées pour intervenir dans les cas graves de plaies du thorax, et *j'ai déclaré* que j'attendais le jugement de nos collègues.

Où sont maintenant entre nous les *dissidences* qu'on a invoquées?

Un *premier point* sur lequel tous nos collègues ont bien fait d'insister dès le début, c'est que les interventions dans les cas de plaies de poitrine doivent être exceptionnelles. Delorme, Kirmisson, Quénu et Tuffier ont eu raison de s'élever contre les abus qu'on en peut faire.

Or, sur ce point, nous prétendons bien, Baudet et moi, ne pas nous séparer de vous et conserver à l'intervention son caractère exceptionnel. Mais encore dans quelles limites devons-nous intervenir?

Michaux nous dit que les trois quarts des blessés guérissent.

Delorme est venu affirmer que la proportion des guérisons est plus élevée encore, mais voilà que notre collègue Schwartz nous déclare que tous les cas, au nombre de 12, qu'il a eu l'occasion d'observer ont pu guérir par l'immobilisation, les pansements antiseptiques, les ponctions en cas de non-résorption et de fièvre.

Au sujet d'un cas de Baudet, que je vous ai présenté, notre collègue, qui a pu l'observer dans son service, émet quelques réserves : en se reportant à notre observation il n'ose affirmer qu'il eût pris, comme Baudet, le parti d'opérer.

Potherat a exprimé une opinion à peu près analogue : tous ses malades ont guéri, sans autre intervention qu'une ponction.

Notre collègue Tuffier est encore plus précis. Il nous déclare qu'à l'hôpital Beaujon, où les plaies de poitrine sont particulièrement fréquentes, il a eu l'occasion de voir des troubles fonctionnels graves ainsi que des hémothorax abondants. Or, tous ses malades ont guéri, et il n'a jamais eu l'occasion d'intervenir.

Voilà des dissidences qu'il nous faut expliquer, sous peine de laisser croire que nous voulons appliquer à des malades qui peuvent guérir une chirurgie qui n'est pas sans danger.

M. Lucas-Championnière vient lui-même de donner à cette opinion l'appui de sa haute autorité. Savariaud, à propos d'un cas de plaie grave du poumon qu'il a opéré avec succès, se demande, de son côté, si son malade a guéri grâce à l'intervention ou malgré elle, car il a constaté dans son cas, comme nos collègues Tuffier et

Lejars, que l'hémorragie avait cessé au moment de l'intervention. Il pense d'ailleurs que les plaies du poumon guérissent ordinairement seules et il n'hésite pas à déclarer qu'on n'a jamais la preuve que l'opération a sauvé le blessé.

Est-il certain que l'un « meurt des plaies de poitrine », comme l'a proclamé, avec sa coutumière franchise, notre excellent secrétaire général?

C'est là un postulat nécessaire. Mieux vaudrait alors abandonner notre discussion.

De fait, toutes les statistiques le prouvent. Souligoux nous en rappelle d'intéressantes parmi lesquelles celle de Garré, qui sur 700 cas non traités signale 40 p. 100 de mortalité.

Voilà bien un pourcentage qui peut donner à réfléchir.

Certes, notre collègue Tuffier, qui a pris dans la discussion une position si nette, semble reconnaître aux blessés du thorax le droit de mourir puisqu'il nous en apporte un cas personnel. Il va jusqu'à admettre que, dans les plaies graves du poumon, la mortalité se produit dans les toutes premières heures; c'est au début, dit-il, que la mort est à craindre, mais passé cette période la guérison est la règle.

Mais alors, que mon collègue me permette de lui demander comment il se fait que dans une pratique aussi étendue que la sienne, alors qu'il nous affirme qu'il se rend lui-même dans son service toutes les fois qu'un accident nécessite une opération d'urgence, et que, d'autre part, il vise lui-même toutes les feuilles de décès, comment il se fait, dis-je, qu'il n'a vu qu'un cas de mort, tandis que tant de collègues, peut-être moins bien partagés que lui au point de vue des accidents de ce genre, en rapportent de si nombreux exemples? Où trouve-t-on donc dans la circonscription de l'hôpital Beaujon ces morts de la première période que lui-même accepte et qui se montrent fréquentes dans les stastistiques publiées? N'est-on pas dès lors conduit, devant ses affirmations si précises, à admettre que le service des transports laisse fort à désirer dans sa circonscription et que les malades meurent avant d'arriver à l'hôpital?

Quoi qu'il en soit, si nous laissons de côté les cas de morts tardives par infection dont Rochard nous a parlé, dont Potherat nous apporte deux cas, que les statistiques étrangères signalent, mais que notre collègue n'a pas eu davantage l'occasion d'observer, il est certain que tous nous avons vu des cas mortels au début.

Je voudrais, pour ma part, vous citer un cas personnel, que je dois à un singulier hasard.

En été dernier, je me trouvais dans les environs de Paris; un homme est assassiné sur la route, près de la maison que j'habitais.

Un de mes élèves, interne des hôpitaux, qui remplaçait le médecin de la localité, vient me chercher. Je vois le blessé un quart d'heure après l'accident. Il présente une plaie latérale du thorax par coup de feu. Les symptômes généraux (respiration et circulation) sont peu marqués. Le pouls est excellent, la respiration n'est pas anhélante. L'épanchement pleural est insignifiant.

Sur mes conseils, le malade est transporté à l'hôpital du canton, distant d'environ deux cents mètres, en vue de subir une opération que je crois nécessaire mais que le chirurgien (?) de la localité refuse de pratiquer!

L'épanchement, surveillé d'ailleurs par l'interne jusqu'à son entrée à l'hôpital, avait beaucoup augmenté et atteignait à ce moment la fosse sous-épineuse. Le pouls était devenu petit et rapide.

Le malheureux a succombé au bout de vingt-deux heures!

Nul doute qu'une intervention, pratiquée par un chirurgien de carrière, eût amené la guérison!

La survie de vingt-deux heures prouve bien qu'il n'existait ni plaie du cœur, ni plaie des gros vaisseaux, et que le malade a succombé à une hémorragie progressive que l'intervention aurait certainement arrêtée.

En résumé, il faut bien reconnaître qu'on peut mourir à la suite de plaies de poitrine; la plupart de nos collègues qui ont pris la parole dans la discussion sont d'accord sur ce point. Rochard nous en apporte aujourd'hui même un nouvel exemple. A cet égard, il serait peut-être utile de distinguer, comme l'a fait Potherat, et comme vient de le demander justement M. Lucas-Championnière, les plaies par coup de couteau des coups de feu proprement dits. Celles-ci peuvent amener plus fréquemment des blessures des artères intercostales comme Tanton nous en a rapporté deux beaux exemples, et des vaisseaux plus importants du poumon, et en tout cas semblent exposer davantage à l'infection consécutive (Potherat).

Quoi qu'il en soit, c'est aux blessés qui peuvent succomber dès le début qu'il convient d'opposer la chirurgie, et lorsque nous vous demandons de reviser les indications opératoires, c'est bien moins pour les étendre que pour préciser celles-ci, comme l'a justement réclamé Quénu au début de sa communication, chez ceux qui doivent mourir, de façon à les faire tous bénéficier de l'intervention chirurgicale.

Or, ces indications ont présenté jusqu'ici peu de netteté, à preuve qu'on oppose encore, comme il y a quatre ans, à l'intervention, les cas de guérison spontanée chez des malades qui présentent des symptômes physiques et fonctionnels d'une gravité réelle. Quénu, Delorme et Demoulin nous l'ont rappelé.

Or, c'est précisément ce désaccord entre l'apparente gravité et la bénignité réelle des cas qui guérissent que nous devons dissiper.

Or, Delorme dans sa communication de 1907, a fait faire un grand pas à la question en attirant l'attention des chirurgiens sur l'épanchement intrathoracique.

Certes, l'hémothorax peut être bénin et guérir spontanément. Plusieurs collègues nous l'ont affirmé. Tanton nous a lui-même apporté l'exemple d'un volumineux épanchement qui a guéri sans opération; mais lorsque notre éminent collègue nous conseille d'intervenir quand l'épanchement atteint rapidement la fosse sous-épineuse, c'est qu'il admet que l'abondance et aussi la rapidité de l'épanchement devient la preuve, sinon certaine, du moins probable, d'une plaie vasculaire qui ne peut guérir que par la ligature.

C'est, en somme, bien plus l'évolution de l'hémothorax que son volume qui a fixé l'attention de notre collègue : c'est bien plus l'hémothorax qui augmente que l'hémothorax définitivement constitué qui représente toute sa pensée.

Ainsi envisagée, la formule qu'il nous a proposée met facilement d'accord des opinions et des faits qui paraissent divergents, et c'est pourquoi elle rallie aujourd'hui, comme en 1907, un certain nombre de nos collègues. Nous-même nous l'avons acceptée sans réserve.

Mais existe-t-il encore d'autres signes physiques qui peuvent nous déterminer? Que doit-on penser du pneumothorax? Celui-ci peut-il constituer à lui seul une indication opératoire?

Grasmann (de Munich), qui a écrit en 1907 un travail important sur « les Plaies de poitrine » (*Münchener med. Woch.*), incline à l'admettre, et il en est de même de Lavroff (de Saint-Pétersbourg), dont le mémoire a été dans ces derniers temps analysé minutieusement par Guibé dans le *Journal de Chirurgie*. Notre collègue Tanton y a insisté lui-même; mais les documents sont encore insuffisants pour juger la question. Et il en est de même de l'emphysème, dont plusieurs de nos collègues ont déclaré d'ailleurs ne tenir aucun compte.

Nous devons donc, pour le moment du moins, nous tenir à la notion de l'hémothorax, qui constitue pour un certain nombre d'entre nous une indication formelle d'intervention.

Voilà un premier point qui semble acquis; mais, quand, d'autre part, les signes de l'hémothorax sont difficiles à trouver, qu'ils restent douteux ou négatifs, nous avons alors, Baudet et moi, exprimé l'opinion que les signes fonctionnels devaient fournir à leur place une indication de premier ordre et qu'on ne saurait en contester la valeur.

Mais par cette proposition, nous ne contestons nullement l'importance des signes physiques. Nous ne réclamons pas, en effet,

l'intervention pour une symptomatologie purement fonctionnelle, et nous considérons que celle-ci doit rester sous la dépendance de lésions physiques qui peuvent, dans certains cas, rester méconnues, comme quelques-uns d'entre vous l'ont eux-mêmes reconnu (hémothorax et exceptionnellement une plaie étendue d'un poumon adhérent).

Nous nous sommes d'ailleurs appliqués à démontrer, d'après nos observations personnelles et l'examen des cas publiés, qu'aux plaies légères accompagnées d'hémorragies légères répondaient toujours des symptômes fonctionnels généraux insignifiants (7 cas personnels) et que les symptômes généraux correspondaient à une plaie pulmonaire grave (17 cas sur 38 publiés). J'ai rappelé encore les résultats de l'intervention pratiquée pour troubles fonctionnels (5 guérisons sur 8 cas).

Or, M. Delorme, dans sa réponse, considère qu'il est excessif de s'appuyer sur la gravité d'une symptomatologie fonctionnelle et demande, pour être convaincu, un nombre de faits plus imposant. Nous ne pouvons malheureusement lui en fournir encore.

Quant aux plaies vastes par éclatement d'un parenchyme adhérent se traduisant par des réactions fonctionnelles sévères sans hémothorax, il considère ces cas comme exceptionnels, et de fait nous n'avons qu'une seule observation.

Mais, voilà que M. Delorme introduit dans les plaies de poitrine une distinction qui apporte un jour nouveau dans la question qui nous occupe. Sa formule de 1907, à laquelle il déclare rester fidèle, s'applique seulement, nous dit-il, aux plaies en plein parenchyme. Quant aux blessés qui sont atteints aux limites du cœur et du poumon, il admet qu'une double lésion est possible, que le sang collecté en partie dans le sinus du hile peut ne pas donner à l'hémothorax toute la signification et que la symptomatologie peut être complexe ; il reconnaît alors « que l'initiative peut être plus hardie, l'expectation écourtée et même nulle, et qu'il n'est pas besoin pour intervenir d'un hémothorax étendu ».

Ainsi donc, en ce qui concerne les plaies de l'hiatus pulmonaire, M. Delorme élargit sa formule primitive. Il admet que dans des cas bien déterminés les troubles fonctionnels peuvent conduire à une intervention, parce que les signes physiques risquent de passer inaperçus en raison de dispositions anatomiques spéciales et que les symptômes apparents peuvent être également l'expression d'une lésion double.

Et de fait, j'ai cité d'ailleurs 13 cas sur 38 où l'on était intervenu parce que la gravité des symptômes avait permis de croire à une lésion du cœur. Voilà un point qui me paraît encore devoir être facilement accepté.

Mais voici que les troubles fonctionnels ont encore été envisagés par quelques-uns d'entre nous, non plus dans leurs rapports avec les signes physiques, mais dans leur évolution. C'est d'abord notre collège Quénu, qui, rappelant que Baudet tient le plus grand compte de la persistance des phénomènes généraux, déclare que « ce point de vue est le vrai et doit être mis au premier rang ».

Tout en faisant justement observer qu'il faut principalement étudier les faits et « se méfier des raisons théoriques qui porteraient, sous prétexte d'exploration, à une intervention trop facile », notre collègue nous approuve quand, dans les cas embarrassants qui se présentent trop fréquemment dans la pratique, nous conseillons au chirurgien de ne pas quitter son malade et de le suivre de demi-heure en demi-heure de façon a être prêt à agir à la moindre aggravation des symptômes.

Plusieurs de nos collègues ont accepté cette manière de voir.

C'est d'abord Souligoux qui, dans son intéressante communication, insiste sur la nécessité d'examiner attentivement le blessé et invoque l'aggravation des symptômes fonctionnels.

C'est encore Lejars, qui admet que dans certaines plaies de poitrine, la thoracotomie immédiate ou rapide peut être « une opération de salut ». Il nous apporte une nouvelle observation qui montre bien qu'il ne croit plus que la mesure exacte de l'hémothorax puisse servir de critérium. Chez sa malade, atteinte d'une plaie située au-dessus du sein gauche, il nous dit expressément qu'il n'avait que peu de données sur l'abondance de l'épanchement.

Ce qui l'a déterminé à agir, c'est encore l'aggravation continue des accidents, c'est-à-dire l'état du pouls, la dyspnée croissante, l'hémorragie continue par la plaie externe. Il conclut en nous disant qu'on doit toujours attendre la fin de la période de choc, mais que si, à ce moment, on constate que le pouls s'affaisse à nouveau, que la pâleur s'accentue, que la respiration devient de plus en plus gênée, il faut reconnaître alors que l'hémorragie continue et agir.

Notre collègue Schwartz, qui se montre si peu disposé à intervenir dans les plaies de poitrine, comme je l'ai rappelé plus haut, déclare cependant que si les signes physiques lui paraissent indispensables pour armer la main du chirurgien, quand ceux-ci démontrent surtout que l'hémorragie continue et met en danger rapide la vie du blessé, les signes fonctionnels, d'autre part, quand ils s'aggravent, peuvent constituer pour lui une indication opératoire et conduire eux-mêmes à une intervention, et c'est ainsi que notre collègue se rapproche de l'opinion exprimée par Quénu et Lejars.

Thiéry demande à l'injection intra-veineuse la preuve que

l'hémorragie persiste, et Riche, qui nous apporte une belle observation malheureusement suivie de mort, insiste lui-même sur l'aggravation de l'état primitif ou la succession d'un état grave à un état peu inquiétant.

Quant à Potherat, il n'est pas opposé en principe à l'intervention sanglante qui lui a donné cependant un insuccès dans l'unique cas où il y a eu recours : il déclare ne se laisser guider ni par les symptômes locaux ni par les symptômes généraux, la seule indication lui est fournie par une hémorragie persistante se faisant jour par la plaie externe ou par les bronches, mais il redoute alors l'insuffisance d'une suture superficielle qui ne saurait prétendre à atteindre les vaisseaux profonds souvent lésés dans les plaies par coups de feu.

Tuffier lui-même déclare que « c'est l'aggravation des troubles fonctionnels et non des troubles physiques qui commande la thoracotomie ».

Messieurs, que résulte-t-il en somme de la discussion actuelle, et existe-t-il encore de sérieuses divergences entre nous?

Tous nos collègues reconnaissent la nécessité de conserver à l'intervention son caractère exceptionnel; le plus grand nombre admet cependant des indications réelles.

Beaucoup agissent en cas d'hémothorax selon la formule de Delorme; j'ai montré dans quel sens il fallait l'interpréter et j'ai rappelé que son auteur l'avait élargie lui-même au profit des plaies de l'angle cardio-pulmonaire dans lesquelles prédominent les symptômes fonctionnels.

C'est un premier pas vers la reconnaissance du rôle des symptômes fonctionnels dans les indications opératoires.

La plupart enfin acceptent l'indication fournie par l'aggravation de ces mêmes symptômes, indication que dans mon rapport je vous avais demandé d'accepter.

Nous avons donc évolué les uns et les autres depuis l'aggravation des symptômes physiques (formule de Delorme) jusqu'à l'aggravation des symptômes fonctionnels (formule actuellement acceptée).

La concordance des symptômes physiques et fonctionnels réclamée par Quénu reste donc la base de nos indications, dans le plus grand nombre des cas sauf les exceptions que j'ai eu l'occasion de signaler.

Sur ce terrain donc l'accord est bien près d'être complet entre nous, selon le vœu exprimé par notre collègue Schwartz.

Ainsi, les divergences signalées par quelques-uns d'entre nous ne sont plus qu'apparentes ou portent sur des points de détails.

Les indications générales dans le traitement des plaies de poitrine me semblent donc désormais fixées.

Je voudrais cependant, en terminant, dire quelques mots de certaines tendances qui se manifestent à l'heure actuelle à l'étranger et qui font de l'intervention la règle générale. En parcourant la statistique de Lavroff (de Saint-Pétersbourg), et dont j'ai cité plus haut le travail analysé récemment dans le *Journal de Chirurgie*, on est frappé du nombre considérable des plaies concomitantes du diaphragme et des viscères abdominaux. L'auteur en cite 55 cas sur 121 opérés pour plaies de poitrine. Les plaies proprement dites du poumon n'y entrent que dans une proportion de 40 p. 100.

Cette coïncidence de la plaie thoracique avec la plaie abdominale n'a été signalée au cours de la discussion que par notre collègue Potherat.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer à Bichat trois cas de plaie concomitante du diaphragme dans des plaies de poitrine par coup de couteau portant deux sur la base du thorax, une au niveau du 6[e] espace. Chez nos trois malades, elles ne donnèrent lieu à aucun symptôme particulier.

Le premier de ces malades, que j'ai revu ces jours-ci à Lariboisière, et que j'ai présenté à mes élèves, avait reçu un coup de couteau à la base du thorax à droite. Il présentait à son entrée à l'hôpital un hémothorax peu abondant. Les symptômes fonctionnels étaient nuls. L'accident remontait à une demi-heure. L'intervention me permit de découvrir une plaie du diaphragme et du foie qui avait donné lieu à un épanchement intra-abdominal peu abondant. Le poumon n'avait pas été lésé. Le malade guérit rapidement.

Un deuxième malade m'arriva dans le service avec une plaie située près de la base du thorax à gauche, consécutive à un coup de couteau. Il n'existait aucun symptôme physique ou fonctionnel. Aucune intervention ne fut pratiquée.

Au bout de huit jours, pendant lesquels il n'avait présenté aucun accident, le malade succomba brusquement à des phénomènes pleuro-péritonéaux. L'autopsie démontra l'existence d'une plaie du diaphragme qu'il eût été très facile de suturer.

Enfin, dans un cas qui fut opéré par un de mes assistants et qui se trouve publié dans la thèse de mon interne Ch. Liné, sur le pneumothorax chirurgical, la plaie, produite par une balle de revolver, siégeait dans le 6[e] espace intercostal gauche, un peu en dehors du mamelon. Les symptômes fonctionnels étaient graves et l'on pensa à une plaie du cœur.

La taille du volet comprenant les 4[e], 5[e] et 6[e] côtes permit de

reconnaître qu'il n'existait qu'une plaie du diaphragme. Le cœur était intact. La plaie du diaphragme fut suturée, et l'on pratiqua de suite une laparotomie médiane qui conduisit sur une plaie de la rate : celle-ci fut simplement tamponnée.

De nombreux caillots se trouvaient dans l'abdomen. Le péritoine fut abstergé le mieux possible. Malheureusement le malade succomba le quinzième jour à des accidents péritonéaux.

Les plaies par coup de couteau du thorax siégeant près de la base doivent-elles, par exception, conduire à l'intervention systématique ? C'est un point sur lequel je demande l'avis de mes collègues. Je rappelle en tout cas que chez un de mes malades, la plaie siégeait au niveau du 6e espace.

D'autre part Grasmann, de Munich, dont j'ai également cité le travail analysé dans le *Journal de Chirurgie*, invoque encore à l'appui de l'intervention systématique l'exemple de malades qui ont guéri spontanément, mais ont présenté ultérieurement des désordres intra-thoraciques graves caractérisés par l'épanchement de la plèvre, l'atrophie du poumon, la rétraction du thorax et parfois le déplacement du cœur, lésions auxquelles il convient d'ajouter les complications septiques tardives dont Potherat nous a rappelé un cas intéressant. C'est là encore un point à réserver.

En tout cas, il me semble que nous devons suivre longtemps après leur guérison les blessés non opérés pour reconnaître les lésions consécutives qui peuvent se produire.

Pour apprécier d'une façon certaine les avantages de l'abstention, ne faut-il pas en effet envisager désormais la survie et les divers obstacles qui peuvent s'offrir à une guérison définitive et les mettre en parallèle avec les guérisons ou les échecs de l'intervention immédiate ?

Au point de vue de la technique opératoire, notre collègue Quénu pense que l'écartement de deux côtes donne un jour suffisant pour l'exploration du poumon ; il reproche au volet de n'être plus, par l'importance de l'acte opératoire qu'il entraîne, simplement explorateur, mais de représenter toute l'opération.

J'avais déjà discuté ce point dans mon rapport et émis l'opinion que l'incision simple de l'espace intercostal convient surtout aux plaies uniques par coup de couteau, et ajouté que si cependant l'on vient à étendre l'incision jusqu'à l'aisselle, et si l'on résèque une côte, on peut encore explorer le bord postérieur du poumon dans de bonnes conditions.

Je pensais, d'autre part, que cette incision devenait insuffisante dans les plaies multiples du poumon et qu'alors il convenait de recourir au volet. Or, en présence de l'affirmation de notre dis-

tingué collègue, je crois que cette question de technique mériterait d'être reprise devant la Société de Chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion sur les plaies de poitrine est close.

A propos des kystes du pancréas.

M. E. POTHERAT. — Dans la séance du 15 février dernier, M. Quénu nous a rapporté très complètement une observation de kyste de la tête du pancréas. A cette occasion, notre collègue a passé en revue les observations déjà rapportées à cette Société, et les statistiques publiées antérieurement. Il s'est longuement étendu sur le diagnostic, la pathogénie et aussi le traitement de cette affection, et nous a invités à discuter ces points essentiels.

Il a fait remarquer qu'en ces vingt-cinq dernières années il n'a été apporté à la tribune de notre Société que quatre observations de kystes du pancréas; son fait constitue la cinquième. L'un des quatre premiers cas m'appartient; je l'ai exposé dans la séance du 2 décembre 1908, avec des détails nombreux et circonstanciés. Bien que la malade ait succombé, ainsi que l'a rappelé M. Quénu, ce cas mérite d'être retenu dans cette discussion et j'y reviendrai.

Depuis 1908, j'ai eu l'occasion d'observer deux autres kystes du pancréas. Le premier de mes trois cas avait son point de départ dans la queue de l'organe, les deux autres étaient des kystes développés au niveau de la tête. Mes deux derniers malades sont, l'un totalement guéri, l'autre en bonne voie de guérison. J'ai donc une petite statistique personnelle, un peu exceptionnelle à l'heure actuelle, de trois cas, avec une mort et deux guérisons. Dans ces trois cas, j'ai suivi deux méthodes de traitement : la marsupialisation dans deux cas, et l'extirpation totale dans un cas, celui qui a donné une mort. Nous verrons tout à l'heure s'il convient d'attribuer cette mort à la méthode employée, et ce qu'il faut penser des deux méthodes de traitement des kystes du pancréas.

Deux de ces trois faits me sont personnels : ils ont été observés et opérés par moi dans mon service privé de l'hôpital de Bon-Secours. Ils appartiennent à des sujets venus de province; l'un, de la Bourgogne, l'autre de la Beauce.

Le troisième a trait à une concierge parisienne admise à l'hôpital Broussais, dans le service de mon excellent collègue et ami le Dr Œttinger, qui, après l'avoir bien étudiée et observée clinique-

ment, la fit passer dans mon service de chirurgie, où je n'eus plus qu'à approuver le diagnostic et appliquer le traitement.

Au point de vue de l'*âge*, mes malades diffèrent un peu de celle de M. Quénu : celle-ci n'avait que trente-six ans; les miens, un homme et deux femmes, étaient plus âgés; l'homme, aujourd'hui guéri, a soixante-trois ans; l'une des femmes, celle du Dr Œttinger, actuellement presque guérie, a dépassé cinquante-huit ans; l'autre, celle qui a succombé, avait quarante-sept ans.

Je serai bref sur le chapitre de la *symptomatologie*, car elle n'a guère différé de tout ce que nous savons à l'heure actuelle.

Je n'ai pu trouver dans les antécédents de mes malades le moindre fait susceptible de me fixer, même approximativement, sur le *début* de l'affection. Le premier phénomène qu'ils ont constaté, celui qui a attiré pour la première fois leur attention sur la région, c'est l'apparition de douleurs au niveau de la région épigastrique, douleurs à forme intermittente, procédant par crises, que tous mes malades rapportaient à leur estomac, et qu'ils qualifiaient de *crampes de l'estomac*. Chez mes malades, ces douleurs n'ont jamais été très violentes; seul notre homme a éprouvé pendant une huitaine de jours des crises intenses, au point de nécessiter l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées. Mais jamais cette douleur n'a eu ni la subicité, ni l'intensité qui caractérisent ce que le regretté Guinard a appelé le *drame pancréatique*.

Ces douleurs épigastriques, procédant par crises (*névralgies cœliaques de Frœdreich*), sont rapportées par les malades à l'estomac, à cause uniquement ou presque uniquement de leur siège, car pendant un temps assez long au moins, aucun trouble net réel des fonctions de cet organe ne les accompagne : les digestions se font normalement, les vomissements sont rares ou absents. Ils ne se sont montrés, et en petit nombre, que chez une de mes malades.

Cependant, malgré l'absence ou le peu d'importance des troubles digestifs, tous mes malades avaient subi un amaigrissement très notable, considérable même, en particulier, chez mon Bourguignon.

En réalité, douleurs et amaigrissement sont des phénomènes tardifs, qui sont surtout marqués à la période où le kyste a pris déjà un développement suffisant pour constituer une tumeur accessible à la vue, au palper, à tous les moyens physiques d'exploration, tumeur arrondie, globuleuse, plus ou moins considérable, tendue, rénitente, parfois même nettement fluctuante, ayant son siège soit à l'épigastre même, soit un peu à droite de l'épigastre comme dans deux de mes cas, ou à gauche comme dans le troisième cas. Point n'est besoin d'ailleurs d'insister sur les caractères bien connus maintenant de ces tumeurs.

Si, messieurs, c'était uniquement avec les quelques phénomènes

fonctionnels indiqués plus haut et les caractères cliniques de la tumeur, que le diagnostic dût s'établir, on conçoit que ce diagnostic pût, dans nombre de cas, offrir de réelles difficultés.

En effet, voilà une tumeur kystique contiguë au foie; la première idée qui vient à l'esprit, la plus rationnelle, en apparence, c'est d'imaginer qu'on est en face d'un kyste hydatique du foie : c'est le diagnostic qu'avaient porté MM. Chauffard et Quénu, c'est à ce même diagnostic que je m'étais un moment arrêté chez deux de mes malades. Des douleurs épigastriques, des troubles digestifs d'ailleurs peu marqués, accompagnant cette tumeur, ne sont pas de nature à faire rejeter ce diagnostic, au contraire.

Notez bien, messieurs, qu'on n'observe même pas de troubles particuliers pouvant faire soupçonner une lésion pancréatique; les vomissements, s'ils existent, ne sont pas graisseux; les fèces ne sont pas graisseuses; il n'y a pas de *stéarrhée.*

On a bien noté parfois une coloration un peu bronzée rappelant l'Addison; elle existait chez mon malade homme : elle n'avait servi qu'à faire rapporter au foie ou aux voies biliaires son affection.

Dans un cas seulement, messieurs, j'ai observé un *trouble pancréatique net.* C'était chez la malade d'Œttinger encore en traitement actuellement dans mon service. Cette malade était atteinte d'une glycosurie abondante, nettement pancréatique, glycosurie qui allait en augmentant progressivement, qui, quant à la quantité de sucre éliminé, s'accrut brusquement dans les jours qui suivirent immédiatement l'opération, pour décroître rapidement et s'éteindre dans les semaines ultérieures.

Cette glycosurie a une réelle valeur en théorie; en pratique, elle ne peut que confirmer un diagnostic établi sur d'autres bases. Et en face de très grands kystes comme ceux que j'ai observés, dont l'un était tel qu'on avait pu penser à un kyste de l'ovaire, et dont les deux autres ont donné par ponction, sans être vidés à fond, deux cuvettes de liquide, alors que ces kystes sont contigus au foie, que leur matité se continue sans ligne de démarcation avec la matité de celui-ci, cette glycosurie serait insuffisante à faire rejeter l'hypothèse de kyste hydatique du foie.

Mais, messieurs, à l'époque actuelle, nous demandons à la clinique et au laboratoire des éléments autres que ceux-là pour nous arrêter à ce diagnostic. Il faut que l'examen des urines nous montre la présence des pigments biliaires; il faut que l'examen du sang décèle une éosinophilie abondante, que la réaction de Weinberg soit positive; il faut enfin que la radioscopie nous montre que l'obscurité sphérique du kyste se fond, en partie tout au moins, dans la substance même du foie. Qu'un de ces éléments vienne à manquer, nous pourrons rester dans le doute, mais que tous ou

presque tous fassent défaut, l'hésitation n'est plus permise, le diagnostic doit repousser l'idée d'un kyste hydatique du foie. C'est pourquoi je m'étonne que des cliniciens aussi habiles et avisés que MM. Chauffard et Quénu soient tombés dans l'erreur, alors que, dans leur cas, la recherche du complément s'était montrée négative et que les urines absolument normales étaient vierges de pigments biliaires. Mais peut-être ces maîtres ès clinique n'ont-ils porté ce diagnostic que parce qu'il était le moins improbable de tous ceux qu'il y avait lieu d'envisager. Mais éliminer l'hypothèse de kyste hydatique du foie, n'est pas *ipso facto* faire le diagnostic de kyste du pancréas.

Il est, pour arriver à ce diagnostic, un signe que M. Le Dentu a signalé incidemment une fois, et que j'ai moi-même observé chez un de mes malades. Ce signe, bien observé, certain, aurait par lui-même une valeur de premier ordre; il pourrait en lui-même porter le diagnostic de la lésion. Ce signe, c'est le *gargouillement* intestinal, ou gastro-intestinal perçu par le palper au-devant de la tumeur. Ce bruit hydro-aérique bien caractérisé, bien observé, indique que la tumeur est rétrogastrique ou rétrocolique, et peut, par suite, mener au diagnostic. Mais il faut que ce signe existe et sur trois cas je ne l'ai observé qu'une fois; il faut qu'il soit assez net pour ne pas laisser de doute. Autant dire que ce signe sera trop exceptionnel pour être d'une réelle utilité. Je l'ai observé d'une manière très nette, il y a quelques jours encore, chez un malade qui porte dans la région épigastrique une tumeur kystique, qui pour moi est à n'en pas douter un kyste du pancréas. Mais cet homme s'étant jusqu'ici refusé à l'intervention, on peut révoquer en doute un diagnostic qui n'a pas été vérifié *in anima vili*.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter au signe tiré de l'emploi méthodique du plan incliné par Hartmann et sur lequel insiste beaucoup Villar. J'ai vu, dans l'inclinaison par le mode ci-dessus, un kyste de l'ovaire à long pédicule se dissimuler jusque sous le diaphragme; et d'ailleurs, les kystes du pancréas sont peu mobiles dans le sens vertical. Au surplus, savoir que la tumeur appartient à la partie supérieure de l'abdomen, ce n'est pas connaître l'organe qui lui a donné naissance.

Mais alors, dira-t-on, il est donc impossible ou très difficile de faire le diagnostic d'un kyste du pancréas? Nullement, messieurs, ce diagnostic peut être fait sans grandes difficultés, mais pour cela il faut employer les seuls moyens propres à sa réalisation. Ces moyens résident dans l'emploi méthodique de la radioscopie, et de l'insufflation de l'estomac, isolément ou simultanément. C'est en évoquant le second de ces moyens que Guinard a pu dire « qu'on peut et qu'on doit maintenant faire le diagnostic de kyste

du pancréas », et personnellement je ne puis que confirmer cette affirmation de mon regretté ami Guinard.

Les kystes du pancréas sont situés dans l'arrière-cavité des épiploons, au-devant d'eux se trouve l'estomac ; insufflez celui-ci, et tout ou partie de la matité perçue précédemment fera place à de la sonorité.

Dans les deux cas où elle a été employée chez mes malades, elle a été nettement démonstrative. Il faut, bien entendu, pour obtenir un résultat positif, que cette insufflation soit faite avec assez d'insistance pour amener l'ampliation de l'estomac. La radioscopie, en dehors même de toute insufflation, fournit des renseignements également précieux. Chez l'un de mes malades, auquel j'avais fait prendre un repas au préalable, je vis nettement l'ombre sphérique du kyste en partie recouverte, en bas, par une ombre allongée transversalement, nettement caractéristique de l'estomac.

Messieurs, dans les deux cas où les moyens que je viens d'indiquer ont été employés, le diagnostic exact a été porté, et par M. Œttinger, et par moi-même ; dans le seul cas où je n'ai pas eu recours à ces moyens, j'ai bien pu éliminer le diagnostic de kyste hydatique du foie, mais j'ai commis l'erreur de croire à un grand kyste du rein. Si j'avais fait l'insufflation de l'estomac, je n'aurais peut-être pas commis cette erreur ; toutefois, je ferai observer que, dans le cas particulier, il s'agissait d'un kyste de la queue du pancréas très latéralisé à gauche. Pour moi, messieurs, la cause est entendue, et la formule de Guinard est l'expression précise de la vérité.

Je ne m'étendrai pas, messieurs, sur la question de *pathogénie* soulevée par M. Quénu. Je n'ai pas d'éléments pour la résoudre. Ce que je puis dire, c'est qu'aucun de mes cas ne rentre dans la catégorie des tumeurs malignes, cysto-épithéliomes, dans laquelle on a dû faire rentrer un certain nombre de faits. Mes cas sont de vrais kystes, à paroi continue, sans tumeur maligne surajoutée. Leur contenu dans les trois cas a toujours présenté les mêmes caractères ; c'était un liquide aqueux, filant, *noirâtre*, manifestement hématique, très différent par conséquent du « liquide translucide un peu louche et mousseux » observé par M. Quénu dans son cas. Je rappelle que ce liquide, qui n'était que d'un demi-litre dans le cas de M. Quénu, fut dans mes cas de 5 à 7 litres sans qu'ait été épuisé le contenu de la poche. Je me suis donc trouvé en présence de très grands kystes et peut-être cela m'a-t-il facilité le diagnostic.

La paroi du kyste a toujours été une paroi conjonctive, fibreuse, véritable paroi limitante, dépourvue de revêtement épithélial, dans l'épaisseur de laquelle on a pu, dans un cas au moins, trouver

les éléments propres au pancréas. C'était celui où le kyste a pu être enlevé en totalité et examiné dans toutes ses parties constitutives.

Jamais je n'ai observé dans la poche de tissu pancréatique nécrosé; aussi je n'adopte pas, sans réserve, la théorie pathogénique invoquée par M. Quénu, si ingénieuse qu'elle soit. La présence de nécrobiose pancréatique n'offre pas, je crois, une base pathogénique suffisante, car le tissu du pancréas s'altère avec une rapidité exceptionnelle. D'autre part, dans le cas où l'examen histologique a pu porter sur tous les points du kyste que j'avais extirpé en totalité, et sur le pancréas lui-même au niveau où il faisait corps avec le kyste, nous n'avons pas observé cette nécrobiose qui pourtant n'aurait pu nous échapper.

Les lésions observées se résumaient en une *sclérose canaliculaire intense*, dont on trouvera tous les détails dans mon observation du 2 décembre 1908. C'est donc à cette sclérose canaliculaire qu'il conviendrait de rapporter la production des kystes pancréatiques à contenu séro-hématique.

J'en arrive, messieurs, à l'importante question du *traitement*.

Les kystes qui nous occupent se développent au niveau de l'arrière-cavité des épiploons. C'est par laparotomie antérieure qu'il convient de les aborder. Arrivé dans le ventre, le chirurgien ne tombe pas directement sur le kyste; celui-ci est recouvert par l'estomac, le pylore, le duodénum plus ou moins étalés au-devant de lui. Il est une zone cependant où ces organes, le foie ayant été relevé au préalable, le laissent à découvert; c'est au-dessus de la petite courbure de l'estomac en dedans du pylore.

Il n'est là, dans une étendue qui varie avec son volume, recouvert uniquement que par le petit épiploon, à travers lequel il faudra passer, si l'on veut l'aborder par cette voie.

Or, j'estime, messieurs, pour mon compte personnel, que c'est là le lieu d'élection pour aborder les grands kystes pancréatiques, et je crois que si M. Quénu a renoncé à suivre cette voie c'était moins parce qu'elle lui présentait un espace trop restreint que parce qu'il n'était pas encore, à ce moment, en possession de son diagnostic. C'est pourquoi il a choisi le chemin détourné qui consistait, après avoir incisé le long du rebord cartilagineux du thorax et réséqué même ce rebord cartilagineux, à se porter verticalement en bas, mettre à découvert la deuxième portion du duodénum, puis passer derrière elle de droite à gauche.

J'ai donc abordé mes kystes par la voie susgastrique que je viens d'indiquer; j'ai mis à nu leur surface antérieure, puis je les ai ponctionnés pour les vider par aspiration. J'ai pu constater, messieurs, que pour fibro-conjonctive que soit leur paroi, elle

n'en est pas moins friable et éclate volontiers en étoile autour de l'orifice de ponction : aussi faut-il, encore que je ne puisse dire d'une manière certaine si le liquide qu'ils contiennent est septique ou aseptique, protéger l'abdomen contre l'irruption de ce liquide.

Le kyste totalement ou presque totalement vidé, que convient-il de faire? Faut-il l'extirper en totalité, ou au moins largement, ou bien, de suite, le fixer à la peau pour conduire son contenu directement au dehors? Cela ne doit pas faire question, selon moi. Si vous trouviez un plan de clivage qui vous permît d'amener à vous toute ou presque toute la poche, il y aurait avantage à le faire, car cela serait de nature à abréger le traitement.

Dans le premier de mes cas j'ai pu très aisément faire l'énucléation totale; je l'ai donc faite, et à l'occasion je la referais, bien que ma malade ait succombé. Mais relisez l'observation, messieurs, et vous verrez qu'il y avait dans ce cas des conditions particulières de compression intrathoracique, de ligature de l'artère splénique, qui sont de nature à expliquer la mort sans engager la méthode.

Mais, messieurs, il s'en faut de beaucoup que l'énucléation soit toujours réalisable, même partiellement. Il y a, du moins c'est ainsi que les choses se sont montrées dans deux de mes cas, une union si intime entre la paroi limitante du kyste et les tissus circonvoisins, que la séparation est impossible, ou tout au moins si difficile, si laborieuse, qu'elle expose à des dangers de déchirure et de rupture qui ne laisseraient pas que d'être graves. En ce cas, messieurs, il faut ne pas vouloir faire plus que le nécessaire, et après avoir quelque peu libéré la périphérie, tout juste de quoi prélever une parcelle suffisante en vue d'un examen histologique, on fixe la poche à la peau, et on la draine, laissant à la nature le soin en deux, trois ou quatre mois de la combler par accolement ou cicatrisation.

Au cours de cette lente réparation je n'ai vu survenir aucun accident, et n'ai point observé la cholerragie signalée par M. Quénu et qui doit être un phénomène tout à fait exceptionnel.

Telles sont, messieurs, les réflexions que m'a suggérées l'analyse des trois cas de kystes pancréatiques que j'ai observés et opérés.

M. Routier. — A propos d'un cas de kyste du pancréas que j'ai observé, opéré et guéri au cours de l'année dernière, j'avais eu l'intention de vous faire une communication :

Mais dans la séance du 15 février, mon collègue et ami Quénu m'a devancé, et nous a lu un travail documenté sur cette maladie.

Il a étudié surtout la pathogénie de ces kystes, et a bien montré que s'il en est un certain nombre qui sont dus à de véritables

tumeurs, à des néoformations, il en est d'autres, et sans doute les plus nombreux, qui sont indépendants de toute néoplasie et dus à une lésion de la glande elle-même.

C'est bien le cas pour la malade que j'ai eu à traiter, dont voici d'abord l'histoire :

Le 4 octobre 1909, j'étais consulté par une dame L..., âgée de quarante ans, à qui j'avais, en 1901, pratiqué une colpopérinéorraphie, et qui, jusqu'à ces derniers temps, avait joui d'une bonne santé.

Soignée pour des troubles digestifs, elle m'était renvoyée par son médecin parce qu'il croyait avoir senti comme une tumeur sous les fausses côtes gauches.

Je l'examinai avec soin, elle me raconta qu'elle avait fréquemment des crises gastriques, sans vomissements, sans corrélation parfaite avec les ingestions d'aliments ; tout cela était assez vague.

Après une palpation longue et attentive, il me sembla que, par moments, je trouvais une tuméfaction sous les fausses côtes gauches, mais ce fut très vague et je n'osai me prononcer.

Trois mois après, à un nouvel examen, la tuméfaction était plus nette, je pensai à un kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Je priai M. Weinberg de faire l'examen du sang. Il fut négatif.

Survint alors une période de calme ; la malade, qui avait maigri, reprit de l'embonpoint ; mais vers le 15 avril 1910, les douleurs recommencèrent, sans cesser jusqu'au 25 mai. Elle vint me revoir ; la tumeur était à ce moment très accessible, et me parut augmentée sensiblement : on pouvait évaluer à peu près son volume à celui d'une tête de fœtus à terme. Je conseillai une intervention.

La tumeur dépassait à gauche la ligne médiane au moins pour les deux tiers de son volume. Le côlon me paraissait très nettement passer en avant d'elle ; tantôt il semblait qu'elle fût parfaitement immobile, tantôt il semblait qu'on eût des ballottements comme pour une tumeur du rein. J'étais fort perplexe pour porter un diagnostic précis.

Mon collègue et ami Delbet qui, sur ma demande, voulut bien examiner ma malade, pensa aussi, bien que la réaction de Weinberg eût été négative, qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Quoi qu'il en soit, l'intervention fut décidée, et, le 9 juin 1910, je pratiquai une laparotomie au niveau du plus grand diamètre de la tumeur, c'est-à-dire à peu près sur le bord gauche du droit antérieur gauche de l'abdomen.

Le côlon transverse passait, en effet, au travers de la tumeur ;

je pratiquai une boutonnière perpendiculaire à l'axe de l'intestin dans l'épiploon gastro-colique, et j'arrivai sur la tumeur.

La fluctuation était manifeste.

J'essayai de séparer ce kyste des parties voisines, mais à ma première tentative je le crevai; il sortit un liquide noirâtre, plus d'un litre à coup sûr, contenant des grumeaux.

La cavité de ce kyste était énorme, j'y introduisis la main tout entière.

Ce kyste tenait les deux tiers de la face antérieure du pancréas et arrivait jusqu'à la rate.

Ne pouvant extirper cette poche dont les parois étaient surtout formées par les organes voisins, je pratiquai une très médiocre marsupialisation à cause de sa friabilité, j'introduisis deux énormes drains et deux grandes mèches.

Les suites furent des plus simples; le 23 juin, la malade se levait déjà depuis quelques jours; elle rentra chez elle à la fin de juillet, tout étant cicatrisé; elle va aujourd'hui parfaitement; ses digestions ne sont plus douloureuses, elle a bonne mine et a repris son poids primitif.

Je n'ai malheureusement pas fait examiner les grumeaux que contenait le liquide noir de ce kyste. En tout cas, la suite prouve qu'il ne s'agissait pas ici d'un kyste néoplasique.

Je rapprocherai tout d'abord de mon observation un fait que j'ai observé il y a fort longtemps; je me souviens d'avoir, il y a vingt ou vingt-cinq ans environ, aidé mon maître et ami le professeur Le Dentu, alors chirurgien de Saint-Louis, dans une opération qui avait beaucoup d'affinités avec la mienne.

Il s'agissait d'un acrobate qui avait reçu une violente contusion dans la région haute et gauche de l'abdomen; quelque temps après il se développa une tumeur kystique, que M. Le Dentu opéra; il s'agissait d'une poche aussi très mal limitée, remplie de liquide noirâtre, qui fut marsupialisée et guérit; c'était une sorte d'hématome de la face antérieure et de la queue du pancréas.

J'avais, comme je vous le disais, commencé quelques recherches et réuni quelques observations; outre le travail de Kijewski cité par Quénu, voici, ce me semble, quelques faits à ajouter à ceux qu'il a cités :

Tout d'abord, une observation de Noever (de Bruxelles), de kyste paraissant dû à un traumatisme.

Trois cas de Malan (de Turin), dont un, d'après lui, serait un adénome à dégénérescence kystique et un cas de W. Telling et Dobson, chez un enfant, qui fut marsupialisé; là, la paroi kystique était doublée d'épithélium cylindrique.

Enfin, un cas de Lagoutte dans le *Lyon médical* du 5 juin 1910.

dans lequel l'auteur insiste sur l'importance au point de vue du diagnostic de la réaction de Cammidge qui avait été positive.

Comme dans mon cas, le liquide était d'aspect brunâtre; la poche, à peine solide, fut difficilement cousue à la paroi abdominale; le liquide donna la réaction du ferment pancréatique.

La malade paraît devoir guérir sans fistule, dit-il, mais ce n'est pas terminé.

En somme, ces kystes, dont la paroi n'est vraiment pas très organisée, ne sont pas énucléables, et on doit se contenter de les ouvrir, de les vider et de les drainer largement, moyennant quoi on peut le plus souvent compter sur la guérison.

Communication.

M. Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux, lit un travail sur une *torsion de la rate avec rupture spontanée de l'organe et de son pédicule.*

Le travail de M. Pierre Duval est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Trois cas de polydactylie, dont un suivi d'intervention.

M. Riche. — Les cas de polydactylie ne sont pas exceptionnels et, pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en observer trois de novembre 1910 à mars 1911. Mais, en général, ils sont plus intéressants au point de vue tératologique qu'au point de vue chirurgical.

Voici, par exemple, un premier cas. C'est un homme de trente-sept ans, pensionnaire de Bicêtre, qui vient me consulter pour toute autre chose. Je suis frappé par la présence, sur l'une de ses mains, d'un doigt surnuméraire, situé sur le bord cubital. Il me dit que ses deux mains étaient pareilles, que ses pieds avaient chacun six orteils, que l'une des mains avait été opérée, mais qu'il ne tenait pas du tout à faire opérer le reste. La radiographie que je vous présente montre que le doigt surnuméraire a deux

phalanges et qu'il s'articule avec un cinquième métacarpien dont l'extrémité distale a deux têtes. Aux pieds, les orteils surnuméraires paraissent avoir trois phalanges. A droite, le cinquième métatarsien a deux têtes juxtaposées; à gauche, il est en forme de T.

Puis, c'est un jeune aveugle de dix-neuf ans qui voulait se faire débarrasser d'un prépuce long et étroit, mais désirait garder les six orteils de son pied gauche. Ici, le cinquième métatarsien avait la forme d'un V, avec une extrémité proximale très élargie.

Je ne vous aurais pas parlé de ces deux cas, si je n'en avais un troisième, celui-ci tout à fait remarquable par ce que l'on pourrait appeler son degré de perfection. Cette fois, c'est une jeune femme de vingt-six ans dont le pied gauche présentait huit orteils et même huit orteils et demi. Sa mère l'avait autrefois menée consulter notre regretté collègue de Saint-Germain ; comme on ne put à cette époque lui affirmer que l'opération ne comportait aucun danger, elle remmena sa fillette. Celle-ci grandit, se maria même et ne se décida à recourir à mes soins que lorsqu'une bourse séreuse située sur le huitième orteil vint à s'enflammer.

On eût dit qu'un second pied était soudé le long du bord interne de son pied gauche, les orteils presque symétriquement groupés autour du gros, quatre en dehors, trois en dedans. Le gros orteil lui-même a sa dernière phalange élargie et semblant porter deux ongles juxtaposés (fig. 1).

La radiographie montre que la phalangette semble formée par la soudure de deux phalangettes; au niveau du bord interne de la tête de la phalange existe un noyau osseux indépendant (fig. 2).

Trois orteils, très bien conformés, sont supportés par trois superbes métatarsiens. Entre leurs bases et la face antérieure du scaphoïde élargi, on voit un massif osseux peu net sur l'épreuve.

La jeune femme marche normalement, et l'examen de la plante montre qu'elle appuie franchement sur la saillie sous-métatarsienne du gros orteil. Sa statique ne sera donc nullement troublée par l'intervention.

Celle-ci a lieu le 5 novembre 1910, sous anesthésie lombaire à la stovaïne, que je continue à pratiquer. J'enlevai les trois orteils internes avec leurs métatarsiens et le massif antéscaphoïdien, lequel était constitué par une sorte de cuboïde interne, malheureusement perdu. A la pince gouge, je rognai le scaphoïde, qui faisait une saillie exagérée. Du côté du gros orteil, j'enlevai la moitié interne de la matrice de l'ongle et régularisai la phalangette (fig. 3 et 4).

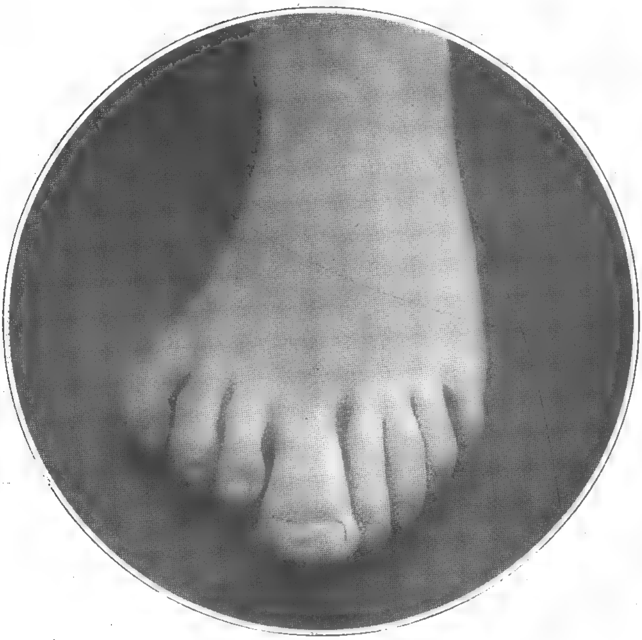


Fig. 1.

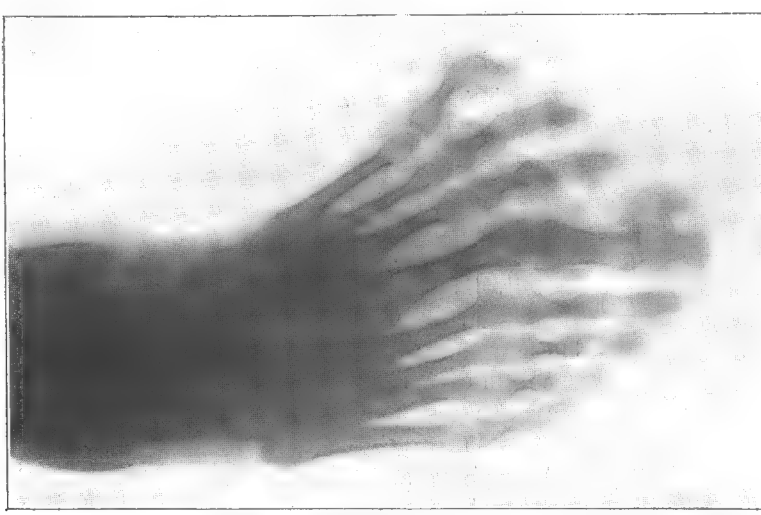


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

Ablation des fils le 12 novembre, lever le 16. Le second moulage est du 30.

Je signalerai en terminant que, dans ces trois cas, je n'ai trouvé aucune hérédité similaire.

Double perforation de l'intestin.

M. A. Lapointe, chirurgien des hôpitaux, présente en son nom et au nom de M. Emile Duval, un malade atteint d'une *double perforation de l'intestin grêle*, au cours d'une *fièvre typhoïde* ambulatoire. *Suture des perforations à la peau, guérison*, par M. Emile Duval. *Fermeture de l'anus contre-nature en deux temps* : premier temps, iléo-sigmoïdostomie ; deuxième temps, extirpation du bout supérieur et fermeture du bout inférieur ; guérison, par M. A. Lapointe.

La présentation de M. Lapointe est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

Présentations de pièces.

Anévrismes de la fémorale superficielle et de la partie supérieure de l'artère poplitée. — Extirpation ; guérison.

M. Souligoux. — La pièce que je vous présente provient d'un homme âgé de cinquante ans, marié sur le tard, père d'un enfant de quatre ans bien portant, et paraissant jouir en apparence d'une santé florissante. Il n'a jamais été malade et n'a pas été atteint, du moins à sa connaissance, de syphilis.

Il y a quatre mois, par hasard, il s'aperçut qu'il portait à la partie moyenne de la région antéro-interne de la cuisse droite, une petite tumeur dure. Comme il n'éprouvait aucune douleur, il ne s'en inquiéta pas autrement, et ce n'est que lorsqu'il eut éprouvé de la gêne pour fléchir la jambe sur la cuisse qu'il se décida à consulter son médecin, le Dr Biron, avec lequel je l'examinai.

On constatait que la région antéro-interne de la cuisse droite était soulevée par une masse s'étendant de la partie supérieure de la région moyenne à trois travers de doigt du genou. La peau, lisse, non œdémateuse, présentant sa coloration normale, était par-

rue par des veines volumineuses. Par le palper on sentait une masse dure, mamelonnée et étalée, qui se prolongeait en bas jusque dans le creux poplité, dont elle occupait la partie supérieure. Cette tumeur était mobile sur les plans profonds.

Je pensai qu'il pouvait s'agir soit d'un sarcome, soit d'un anévrisme de la fémorale. La palpation, l'auscultation, ne me permirent de déceler ni souffle, ni battement, ni mouvement d'expansion. L'on ne sentait les battements de l'artère tibiale postérieure ni à droite ni du côté sain; par contre, les battements de l'artère pédieuse se percevaient à gauche, mais non à droite (côté malade).

Le malade n'éprouvait aucune douleur, mais seulement quelques fourmillements du pied et un peu de sensation de froid; mais au palper le pied droit paraissait aussi chaud que le gauche.

L'artère fémorale au niveau de l'arcade crurale battait plus fort que du côté sain.

Il était bien difficile de se prononcer, en présence de cette absence de signes, sur la nature exacte de la lésion, d'autant que s'il se fût agi d'un sarcome la compression que celui-ci aurait pu exercer sur l'artère au niveau de laquelle se trouvait la tumeur, aurait diminué la force de l'ondée sanguine et aurait expliqué l'absence des battements de la pédieuse. Je conclus à l'ablation de la tumeur, ce que je fis il y a un mois. Je pratiquai une longue incision partie de l'extrémité du triangle de Scarpa, qui allait en se recourbant parallèlement à l'artère jusqu'à la partie moyenne du creux poplité. J'arrivai alors sur la tumeur à sa partie supérieure, qui se présentait sous la forme d'une masse aplatie, dure et de coloration noirâtre. J'aperçus au pôle supérieur de la tumeur l'artère fémorale qui pénétrait à son centre; il n'était donc pas douteux qu'il s'agissait d'un anévrisme, et comme je n'y sentis ni battement, ni expansion, je me décidai pour l'extirpation. Je plaçai deux pinces sur l'artère et coupai entre les deux, puis, rabattant l'anévrisme de haut en bas, je le séparai assez facilement des tissus avoisinants. Je vis à ce moment qu'il existait deux anévrismes réunis par une partie d'artère saine de 3 centimètres environ. Pour pouvoir enlever l'anévrisme poplité, je sectionnai les muscles couturier droit interne et demi-membraneux et, après libération soignée du nerf sciatique poplité interne, je plaçai une pince sur l'artère poplitée saine. Je ne me suis à aucun moment occupé de la veine, que je ne vis pas d'ailleurs et qui était comprise dans les parois de l'anévrisme comme on le voit sur la pièce. Les deux artères fémorale et poplitée étant liées, je fis une hémostase très soignée de la plaie opératoire, je suturai les muscles sectionnés, plaçai un gros drain à la partie inférieure

de la plaie et mis un pansement à peine serré. Le membre fut ensuite placé entouré de ouate dans une gouttière. Aucun incident; drain retiré le troisième jour, fils le dixième. Le malade rentre chez lui en voiture d'ambulance le dixième jour. Je l'ai revu hier, il va fort bien, et marche assez facilement; il a seulement un peu de gêne pour fléchir le genou. Le pied a sa chaleur normale. Il éprouve seulement une légère sensation de froid au niveau du gros orteil.

Examen de la pièce. — Elle est composée de deux poches dures, réunies par un segment d'artère de 3 centimètres de long.

L'anévrisme fémoral porte à son extrémité supérieure une artère ouverte, dure. Le calibre de l'artère est de près de 1 centimètre de diamètre. La longueur de l'anévrisme est de 8 centimètre et sa circonférence de 15 centimètres.

L'anévrisme poplité est plus dur, sa longueur est de 7 centimètres et sa circonférence de 14.

Il est évident que pendant la formation de l'anévrisme une circulation supplémentaire importante a pu s'établir, mais la lumière de l'artère n'était pas obstruée puisque ces anévrismes s'accroissaient rapidement, comme le montre le peu de temps écoulé entre le moment où le malade s'en est aperçu et celui où il a été opéré. Cet homme me disait en effet que sa tumeur avait triplé de volume depuis qu'il s'en était aperçu, et qu'elle augmentait sans cesse.

Fibromes de l'utérus. Chirurgie et Obstétrique.

M. E. Potherat. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter, messieurs, n'offre pas en elle-même un intérêt particulier.

Elle est, vous le voyez, constituée par trois masses : un utérus gros comme deux poings d'adulte, contenant dans son parenchyme plusieurs fibromyomes. Cet utérus est flanqué de l'un et l'autre côté de deux fibromes sous-péritonéaux à gros pédicules, symétriquement disposés. Ces fibromes du volume de deux têtes de fœtus, sont lisses à leur surface et comme vernissés. Cela s'explique par ce fait qu'ils baignaient dans une assez abondante ascite, accident habituel dans les fibromes, sous-péritonéaux. Le tout a été enlevé, il y a trois jours, par hystérectomie supra-vaginale, à une malade de mon service de l'hôpital privé de Bon-Secours.

La cavité utérine est un peu augmentée de volume; un fibrome gros comme une mandarine fait saillie sous la muqueuse de la

paroi postérieure; des polypes fibreux, en forme de langues sessiles, se détachent du fond et de la paroi antérieure et flottent dans la cavité de l'utérus. Ces néoplasies expliquent les très abondantes métrorragies dont la malade était affectée.

Il n'y a là rien de nouveau; si je vous ai apporté cette pièce, ce n'est donc pas pour son intérêt scientifique. Mais elle constitue un document dans l'histoire des rapports réciproques de la Chirurgie et de l'Obstétrique au sein des hôpitaux de Paris.

La malade qui portait ces fibromes utérins était allée consulter dans un service d'accouchement pur et simple où elle avait été conduite. Là, on lui déclara qu'elle était atteinte de fibromes utérins, mais qu'elle était en même temps enceinte, qu'il lui fallait entrer dans ledit service d'accouchement, et qu'on l'opérerait, ces fibromes devant être un obstacle à la délivrance ultérieure.

La malade n'ayant que 45 ans, il n'était pas absolument impossible qu'elle fût enceinte, mais elle affirmait, d'une part, qu'elle ne pouvait, en aucune manière, être en gestation, pour des raisons péremptoires; d'autre part, grâce à un abdomen très relâché, il était tellement aisé de l'examiner, qu'on pouvait analyser complètement tous les détails anatomiques de la lésion et de l'utérus lui-même; son médecin particulier avait pu faire cette analyse. J'ajoute enfin que cette femme avait de l'ascite facile à diagnostiquer et qu'elle était atteinte de métrorragies très abondantes, qui d'ailleurs justifiaient pleinement l'intervention chirurgicale.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une note manuscrite de M. le Dr SALUTRYNSKI, de Genillé (Indre-et-Loire), sur *un appareil de réduction et de contention des fractures de l'humérus*.

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. MAUCLAIRE. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau un travail de M. le Dr SENCERT (de Nancy), sur un cas de *Perforation de l'œsophage abdominal par ulcère. Péritonite diffuse. Laparotomie. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement opératoire des anévrismes de l'aorte.

M. Ch. Monod. — La discussion sur le traitement opératoire des anévrismes de l'aorte que devait résumer notre malheureux collègue Guinard, peut être considérée comme close. Si elle avait été reprise, j'en aurais pris occasion pour vous rappeler un fait publié à l'étranger qui me paraît devoir être rapproché de ceux dont il a été question ici.

Il s'agit du cas de Carless et Rose, dans lequel on lia la carotide primitive et la sous-clavière *gauches* pour un anévrisme de la crosse de l'aorte. Il date de 1888. En voici le résumé, que je trouve dans le travail sur le traitement des anévrismes que j'ai publié récemment en collaboration avec mon élève et ami Vanverts (1) :

Femme de quarante ans. Anévrisme de la portion transverse de la crosse de l'aorte, à l'origine de la carotide primitive et de la sous-clavière gauches. Douleurs, dysphagie, dysphonie.

Traitement : 1° Ligature de la carotide gauche (Carless). Dyspnée et battements moindres. 2° Ligature de la sous-clavière gauche (Rose), quatre-vingt-quatre jours après.

Résultat : Six mois plus tard, encore quelques battements. Puis reprise du travail pendant trois ans. Mort subite, à ce moment, par rupture dans la plèvre.

Nous faisions remarquer, à propos de ce cas, qu'il était le seul exemple récent, où, à notre connaissance, on fut intervenu de la sorte pour un anévrisme de la portion horizontale de l'aorte.

Ce fait me semble devoir être mentionné dans la présente discussion, puisque, comme dans celui de Cunéo et dans celui de J.-L. Faure, les ligatures ont été placées, à la façon de Brasdor, en aval de l'anévrisme.

Kystes du pancréas.

M. Bazy. — Je n'ai observé que deux cas de kystes du pancréas ; un était un néoplasme à forme kystique, l'autre était un kyste simple.

(1) Monod et Vanverts. Du traitement des anévrismes artériels. *Revue de Chirurgie*, mai 1910, t. XLI, p. 799 (obs. 10).

Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame de trente-neuf ans, Mme R..., qui avait consulté plusieurs chirurgiens. Ceux-ci avaient fait des diagnostics divers et entre autres celui d'un rein mobile, quoiqu'il s'agît d'une tumeur siégeant à gauche, pour laquelle on avait conseillé le port d'une ceinture.

Elle était alors venue me voir et j'avais diagnostiqué une tumeur rétropéritonéale, sans pouvoir préciser le point de départ de la tumeur.

Celle-ci occupe la région ombilicale gauche, remonte sur l'épigastre et la région de l'hypocondre gauche, envahit le flanc gau-



Fig. 1. — Malade debout, vu de trois quarts.

che, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, en partie sonore, en partie mate.

Elle est lisse, régulière, rénitente, mais manifestement liquide; elle avait été considérée comme une hydronéphrose par différents chirurgiens, mais il n'y avait jamais eu de troubles urinaires; il n'y a pas de contact avec la zone lombaire; j'élimine ce diagnostic, quoiqu'il eût été porté par des chirurgiens éminents. C'est pourquoi je fais une laparotomie médiane.

Incision de 15 centimètres dont le milieu répond à l'ombilic. L'abdomen ouvert, je tombe sur le côlon transverse; je le récline en haut et, passant à travers l'épiploon, je tombe sur la tumeur, que je ponctionne; il sort un liquide blanchâtre presque transparent, dont je n'ai pas pu faire l'analyse. Je puis alors, en attirant

peu à peu la tumeur, la faire sortir de l'abdomen et voir qu'elle ne tient que par un pédicule de la largeur d'une pièce de 2 francs à la queue du pancréas, que j'excise en partie et qui me paraît sain. Fermeture de la paroi en deux plans. Guérison aseptique.

L'examen histologique montra que la petite portion de pancréas enlevée était dégénérée. C'était un épithéliome.

Du reste, les événements se chargèrent de me prouver la nature de la tumeur.

Deux mois après l'opération apparurent des accidents du côté du foie, et il n'y eut plus bientôt de doute qu'il y avait des noyaux secondaires du côté du foie.

L'autre cas est un kyste simple du pancréas développé dans des conditions que nous n'avons pas pu préciser.

L... (Eugène), âgé de quarante-six ans, m'est adressé au mois de décembre 1907 par mon maître M. Lancereaux comme étant atteint d'hydronéphrose infectée.

L... était entré à l'hôpital du Perpétuel Secours, dans le service de M. Lancereaux, pour une tumeur abdominale. Elle avait été ponctionnée une première fois, et l'analyse du liquide retiré, qui contenait une notable quantité d'urée, avait fait diagnostiquer une hydronéphrose.

Ce liquide s'était reproduit, mais cette fois il était trouble. Le kyste avait suppuré et il était survenu de la fièvre; une troisième ponction avait ramené encore du liquide purulent et l'état général s'était profondément altéré. C'est alors que M. Lancereaux m'avait envoyé le malade avec le diagnostic d'hydronéphrose infectée du rein gauche, basé sur la présence d'une notable quantité d'urée dont on ne m'avait pas indiqué à la vérité le chiffre.

Je dois dire que si je n'avais pas dû accepter ce diagnostic basé sur l'analyse chimique, je n'eusse pas fait ce diagnostic. Le siège de la tumeur n'était pas celui d'une hydronéphrose, la tumeur étant beaucoup plus médiane que celle d'une hydronéphrose même aussi volumineuse que celle-là, le contact lombaire n'existant en aucune façon.

Je dus subordonner tout à cette analyse chimique qui me parut primer tous les autres éléments.

C'est ainsi qu'un point de départ faux, un point de vue faux, peut entraîner des conséquences fâcheuses.

Ayant donc dû accepter ce diagnostic, je me comportai comme s'il s'agissait d'une hydronéphrose infectée et j'attaquai cette hydronéphrose par voie lombaire.

Voici la relation de l'opération telle qu'elle est inscrite sur mon cahier d'opération :

L... (Eugène), vingt-six ans, opération décembre 1907.

Ouverture et marsupialisation d'un kyste rétro-gastro-épiploïque.

Le renseignement fourni, duquel il résultait que le liquide extrait présentait les caractères de l'urine, fait qu'on se comporte comme en présence d'une hydronéphrose infectée. Aussi fait-on l'incision lombaire habituelle, on arrive rapidement sur l'atmosphère cellulo-graisseuse péri-rénale ; on fait une ponction dans le rein avec l'aspirateur Potain, il ne sort rien; du reste, en allant vers le hile, on s'aperçoit qu'il n'y a pas d'hydronéphrose : évidemment, le renseignement était erroné. Les caractères de la tumeur concordant d'ailleurs mieux avec un diagnostic autre que l'hydronéphrose, on ferme donc alors complè-

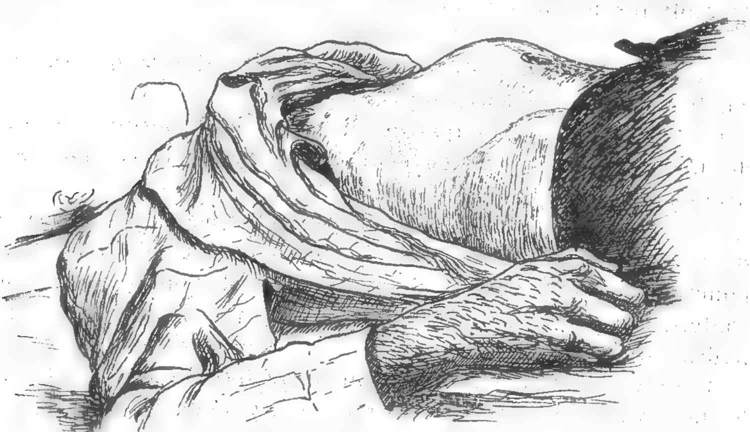


FIG. 2. — Malade couché, vu de profil.

tement la plaie lombaire, et, après avoir aseptisé la région antérieure de l'abdomen, on fait une deuxième incision verticale passant par la partie culminante de la tumeur et siégeant à 4 centimètres de la ligne médiane ; elle mesure environ 12 centimètres.

On voit la face antérieure de l'estomac qui s'étale sur la tumeur et qui est repoussé par elle ; on relève le côlon transverse et le grand épiploon et on voit encore la tumeur au-dessous et en arrière ; on décide de l'attaquer en passant à travers l'épiploon gastro-colique. De gros vaisseaux sillonnent cet épiploon ; on passe entre eux, on voit que l'épiploon est adhérent ; en le dégageant, on perfore la poche probablement au niveau d'une piqûre faite antérieurement ; il s'écoule immédiatement un liquide louche, blanchâtre, qu'on ne peut recueillir qu'en partie avec l'aspirateur Potain, le reste s'échappant et coulant sur les champs opératoires et dans la plaie.

Le péritoine avait été au préalable protégé par un petit champ opératoire ; on recueille ce liquide mélangé de sang dans une cuvette, on prend alors le gros trocart à ovariotomie et on recueille alors du liquide purulent (on n'a pas noté la quantité). Évidemment, le liquide s'était disposé en deux couches : l'une, superficielle, constituée par la

liquide louche, qui s'est d'abord échappé; l'autre, profonde, qui est venue en second lieu par le trocart.

L'orifice de la poche agrandie permet l'introduction de deux valves qui font voir, adhérant modérément, au fond de la poche, des espèces de fausses membranes, les unes jaunâtres, les autres noirâtres, et on en retire même un gros morceau ferme et comme œdémateux dans lequel on peut distinguer de la graisse et des tissus noirâtres de nature indéterminée.

Après avoir bien essuyé la poche, on y met un gros drain, deux mèches aseptiques et on marsupialise.



FIG. 3. — Malade couché, vu de haut en bas.

Comme on l'a vu par le titre que j'ai donné à mon opération, je n'ai fait que le diagnostic de kyste rétro-gastro-épiploïque.

Dès que je l'eus ouvert, je pensai à un kyste du pancréas ; mais je ne pus faire faire l'analyse du liquide qui s'était écoulé par la plaie opératoire. Plus tard, une fistule persistant, donnant lieu à un écoulement de liquide assez abondant, je pus faire l'analyse de ce liquide et elle donna nettement la réaction de la trypsine.

Il s'agissait donc bien d'un kyste du pancréas ; l'état général du malade s'était remonté assez rapidement après l'opération ; ce malade, de cachectique qu'il était au moment de son entrée, avait repris des forces, des couleurs, de l'embonpoint, mais il avait toujours une fistule par laquelle coulait du liquide, qui, au moyen d'un tube de caoutchouc, était recueilli dans une petite bouteille.

J'essayai le traitement antidiabétique de Wohlgemuth qui ne donna pas de résultat. Ce sujet est si bien portant que j'ai mieux aimé le laisser avec sa fistule et son petit flacon qui ne l'empêchent pas de travailler, plutôt que de lui faire courir les chances d'une intervention.

Il a été soumis encore dans ces derniers temps au même traitement, qui a été impuissant à nouveau.

Il est toujours porteur d'une fistule d'où il s'écoule environ 50 à 60 centimètres cubes de liquide et dans lequel on engage un stylet qui pénètre à 14 centimètres de profondeur.

Je vais le laisser sans drain et verrai le résultat de la fermeture de l'orifice, si elle se produit.

En attendant, il se porte bien, mange bien, peut se livrer à toutes les occupations de sa profession de mécanicien-ajusteur; il n'est qu'ennuyé par la nécessité de porter une ceinture en caoutchouc qui se détériore trop rapidement à son gré.

Fistule consécutive à la marsupialisation d'un kyste du pancréas. Guérison obtenue par l'abouchement dans l'estomac.

M. Michon. — J'ai eu l'occasion d'opérer un kyste du pancréas en 1907 dans le service de mon maître M. Reynier. Le malade, qui conserva une fistule pancréatique, a été suivi par moi durant trois ans et son cas me paraît présenter quelque intérêt tant au point de vue de l'étude du liquide produit par la fistule, qu'au point de vue de la guérison obtenue par l'abouchement de la fistule dans l'estomac.

La première partie de l'observation n'est malheureusement pas très complète. Il s'agit d'un homme âgé actuellement de quarante ans, tapissier de son état, qui entra le 22 avril 1907 dans le service de Lariboisière.

Depuis deux ans environ, il s'était aperçu de l'existence d'une tumeur occupant la partie supérieure de l'abdomen et donnant lieu à des crises de douleurs épigastriques vives. Il en était résulté des troubles digestifs importants, le malade ne pouvant guère prendre que des aliments demi-solides, lait, œufs, parfois un peu de viande blanche. Amaigrissement très sérieux depuis le début des troubles digestifs. Fonction intestinale normale, ni diarrhée, ni constipation.

On constate en effet l'existence d'une tumeur arrondie, mate, siégeant au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, mais cependant avec un développement un peu plus marqué à droite. Je pensai à un kyste hydatique de la face inférieure du foie. Il est probable qu'avec l'insufflation de l'estomac et du côlon et la radiographie, le diagnostic eût pu être rectifié, car il s'agissait d'un kyste pancréatique trans-mésocolique.

Le 27 avril 1907. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On arrive de suite sur une tumeur kystique arrondie, au-dessus de

laquelle se trouve l'estomac, refoulant en bas le côlon transverse, ayant le volume d'une tête d'enfant. Tout autour du kyste, il existe un lacis veineux avec des troncs si nombreux et si volumineux que l'extirpation paraît impossible. Ponction et aspiration d'un liquide jaunâtre et légèrement visqueux. Puis incision de la poche et marsupialisation sans résection des parois.

Les suites opératoires furent simples, sans fièvre, ni réaction péritonéale, mais l'écoulement de liquide par le drain fut abondant et persista sans diminution notable, jusqu'au moment où le malade quitta l'hôpital, le 2 juin 1907.

Je revis l'opéré de loin en loin, la fistule avait parfois tendance à se rétrécir et les douleurs réapparaissaient; une dilatation avec des laminaires suffisait à les faire cesser. A plusieurs reprises on fit des attouchements à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent; une fois le malade fut mis au régime antidiabétique, cela sans résultat.

Le 31 décembre 1909, P..., entre dans mon service à l'hôpital Cochin. C'est toujours un homme robuste, au teint coloré; les fonctions digestives sont satisfaisantes. Mais le malade se plaint d'une éventration et surtout de sa fistule, qui persiste toujours abondamment suintante et qui l'oblige à avoir un pansement.

Durant ce séjour à l'hôpital, le liquide émis par la fistule fut recueilli à l'aide d'une sonde Nélaton introduite dans le trajet et plongeant dans un petit matras en verre, et étudié à plusieurs reprises.

Avant tout traitement, voici le résultat d'un examen fait par M. Lantenois, interne en pharmacie du service, examen fait en somme vingt mois après la marsupialisation.

Liquide nettement alcalin, légèrement trouble.

Action sur les albuminoïdes. — L'essai sur des petits cubes de blanc d'œuf coagulé montre la digestion trypsique, car il y a formation d'indol et du tryptophane.

Action amylolytique. — Le suc saccharifie plus de vingt fois son volume d'empois à 2 p. 100.

Action sur les graisses. — *a*) Pouvoir émulsif : 5 centimètres cubes d'huile d'olive additionnée d'une goutte de suc donnent après agitation une émulsion stable durant plus de quarante-huit heures.

b) Pouvoir saponifiant : au bout de quelques heures le liquide devient fortement acide.

Le 12 janvier, le malade est mis au régime antidiabétique et se nourrit exclusivement de viande, de bouillon et de graisse. Ce régime ne semble pas influencer beaucoup la sécrétion de la fistule; la quantité de liquide en vingt-quatre heures est très

variable, elle oscille entre 3 et 80 grammes; chaque fois que le malade présente une légère élévation de température, la quantité de suintement fistuleux est plus abondante.

Le régime antidiabétique est continué jusqu'au 2 mars, c'est-à-dire durant presque deux mois, puis, en présence de son inefficacité, abandonné.

Le 4 mars, on a recours à un nouveau traitement basé sur les expériences célèbres de Claude Bernard, qui obtenait la destruction du pancréas en injectant du beurre fondu ou de l'huile dans le canal excréteur de la glande (1) et suivant l'idée qu'avait émise ici même M. Delbet (2).

Les injections sont faites à l'aide de la seringue de Calot, tous les deux jours; on introduit 3 ou 4 centimètres cubes de beurre fondu à 40 degrés ou d'huile stérilisée, et ce traitement est continué jusqu'au 8 avril, c'est-à-dire pendant environ cinq semaines; il n'y a pas grande modification de la sécrétion; cependant elle est un peu moindre et plus régulière que durant le régime antidiabétique : la quantité de liquide recueillie en vingt-quatre heures est aux environs de 30 centimètres cubes.

Le 8 avril, ce nouveau traitement est cessé, et, huit jours après la cessation de ce traitement sclérosant, un examen du suc est fait par M. Petetin, externe du service, licencié ès sciences, qui me fournit les notes suivantes très complètes :

16 avril. Liquide alcalin nettement au tournesol.

Action sur les albuminoïdes. — Pouvoir trypsique faible. Le blanc d'œuf coagulé a disparu au bout de 1 heure 1/2, à 37 degrés, sur une hauteur de 1 millimètre; au bout de douze heures, sur une hauteur de 3 millimètres.

Actions sur les graisses. — *a*) Pouvoir émulsif, presque nul, pour ne pas dire nul. L'émulsion ne persiste pas même quelques instants.

b) Pouvoir saponifiant, nul. Après plus de douze heures à l'étuve, pas trace d'acidification.

Action amylolytique. — Le pouvoir ne paraît pas avoir été touché, est extrêmement actif : amidon donne de la maltose et de la dextrine.

Le 22 avril, M. Petetin effectue une nouvelle série de déterminations plus détaillées et plus complètes.

Le suc se présente sous l'aspect d'un liquide légèrement trouble, opalescent, visqueux, à odeur fade. Il contient beaucoup de mucosités.

(1) Claude Bernard. *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*. Paris, 1856, p. 277.

(2) Delbet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1902, p. 103.

Réaction : alcaline au tournesol, neutre à la phénolphtaléine ; D = 1,008 à 1,010.

Examen microscopique. — Montre de très nombreux streptocoques et des leucocytes abondants, surtout des polynucléaires, quelques cellules épithéliales.

Influence des phénomènes de la digestion. — Le suc ne semble pas avoir de production soumise à l'influence de la digestion. On a recueilli d'heure en heure le suc pendant les deux heures qui ont précédé et les six heures qui ont suivi le repas de midi. D'autre part, l'ingestion de 250 grammes de limonade chlorhydrique à 4 p. 100 n'a pas eu l'air non plus d'augmenter le débit, même deux heures après.

L'examen de la courbe de sécrétion du suc montre que, du reste, la plus grande irrégularité préside au débit journalier sans qu'il soit possible de déterminer les causes efficientes. Tout au plus peut-on remarquer le 13 et le 24 février une concordance — accidentelle ? — entre la montée du thermomètre et l'augmentation du liquide excrété.

Pouvoir trypsique. — Il a paru intéressant de déterminer l'activité du suc en présence et l'absence de kinase.

Pour apprécier cette activité, on dose par la méthode de Lörensen les acides aminés résultant de l'action du suc sur du blanc d'œuf coagulé par la chaleur.

M. Petetin a pu constater que le suc était en somme assez actif et kinasé aux deux tiers, c'est-à-dire qu'au bout d'une digestion d'une heure et demie le suc kinasé à l'optimum avec de la kinase Carrion avait produit un tiers d'acides aminés de plus que le suc seul agissant dans la digestion témoin.

Action sur les graisses. — *a*) Pouvoir émulsif, assez fort. On obtient facilement une émulsion permanente pendant deux heures.

b) Pouvoir saponifiant. Le mélange d'huile neutre et de suc s'acidifie très fortement en vingt minutes à l'étuve à 37 degrés.

Pouvoir amylolytique. — Très fort : deux gouttes de suc ajoutées à 2 centimètres cubes d'empois de fécule de pommes de terre préalablement porté à 38 degrés, liquéfient l'empois et le saccharifient en moins d'une minute.

En résumé, les injections de graisse dans la fistule ont fait disparaître l'action du suc pancréatique sur les corps gras, et n'ont eu aucune influence sur le pouvoir trysique ni amylolytique. Cette disparition n'a été que temporaire et le pouvoir d'action sur les graisses a tendance a reparaître à mesure que l'on s'éloigne du traitement par les injections.

En présence des deux échecs précédents, convaincu que l'extir-

pation de la fistule était impossible, je me décide à tenter l'abouchement dans l'estomac.

23 avril 1910. Opération. Abouchement du trajet fistuleux dans l'estomac. Anesthésie au chloroforme par M. Polony, externe. Aides, MM. Miégeville et Dalbanne. Désinfection du champ opératoire par le chloroforme iodé.

On fait une incision sur la ligne médiane, au niveau de l'ancienne cicatrice, et en ayant soin de limiter une collerette de peau autour de la fistule. Le trajet fistuleux est alors cathétérisé à l'aide d'une sonde en gomme sur laquelle la collerette cutanée est liée; puis la sonde est bouchée par un fosset vaseliné, le tout est entouré d'une compresse, puis le péritoine est ouvert. L'épiploon et le côlon transverse adhèrent au sac de l'éventration, libération de ces adhérences sauf à la partie inférieure de la plaie, où elles sont conservées de façon à ce que la cavité péritonéale, au-dessous du côlon, soit protégée; en haut, on arrive sur l'estomac, dont la face antérieure est libre sauf quelques adhérences très légères. Entre l'estomac et le côlon plonge le trajet fistuleux; on le libère, et cette manœuvre à l'aide d'une compresse et parfois des ciseaux est remarquablement facile. Ce cordon se dirige vers la colonne vertébrale et son ablation totale paraît impossible.

Cette fistule a des parois épaisses, se présente sous l'aspect d'un cordon ayant le volume de l'index et est libérée ainsi sur une longueur d'environ 7 centimètres, de façon à pouvoir être amenée facilement au contact de la paroi antérieure de l'estomac. On en résèque la petite portion adhérente à la collerette de la peau.

A ce moment, l'estomac étant fixé à l'aide de deux clamps souples, on fait sur sa face antérieure, un peu au-dessous du point où peut être amenée l'extrémité du cordon pancréatique, un orifice juste suffisant pour introduire celui-ci. Pour ce faire, quatre catguts repèrent le conduit, leurs chefs sont réunis dans une pince Kocher, et celle-ci, pénétrant dans l'orifice stomacal, entraîne le tout à sa suite, de façon que le canal fistuleux fasse une légère saillie comme une manche ballante dans l'estomac; la pince de Kocher est retirée. Tout autour du cordon, les bords de l'incision stomacale sont suturés par un petit surjet au catgut, aux parois externes de la fistule. A ce moment toute la partie libre du cordon est couchée sur la paroi antérieure de l'estomac, elle est alors enfouie par un surjet au fil de lin qui ramène au-dessus de lui deux plis de l'estomac, comme on le fait sur la sonde lorsqu'on procède à une gastrotomie par le procédé de Witzel.

Ensuite on passe à la réfection de la paroi et à la cure de l'éventration qui est pénible et pas très satisfaisante. Drainage.

L'opération fut parfaitement supportée; il n'y eut pas de réac-

tion péritonéale. Mais vers le troisième jour, on crut à un échec, il se fit par la plaie un écoulement assez abondant de liquide, il est probable qu'il se forma une petite fistule stomacale; puis l'écoulement diminua et la cicatrisation se fit peu à peu. Le malade quitta l'hôpital le 6 juin, complètement guéri de sa fistule, mais conservant encore un certain degré d'éventration.

Il fut revu le 27 juillet 1910, c'est-à-dire trois mois après l'intervention. La cure de la fistule se maintient, il n'y a pas de troubles gastriques.

Depuis le mois de juillet je n'ai pas revu le malade, mais j'ai tout lieu de croire que si son état n'était pas resté satisfaisant, il serait revenu me voir, comme il le faisait depuis trois ans.

L'anastomose stomacale me paraît pouvoir être recommandée en présence d'une fistule rebelle au traitement plus simple. Elle est facile, grâce au fait que le trajet fistuleux formé par la rétraction de la paroi kystique est aisément disséquable et peut être amené largement au contact de la face gastrique. Elle a plus de chance de réussite qu'une anastomose avec l'intestin grêle, grâce à l'étendue que l'on peut donner à l'enfouissement du trajet. Ce procédé a d'ailleurs été préconisé par M. Villars dans son rapport sur la chirurgie du pancréas, au Congrès français de Chirurgie de 1905. Il a été appliqué par M. Doyen, qui en rapporte une courte observation à ce même Congrès. M. Kehr, une fois où il existait une fistule à la fois biliaire et pancréatique, a anastomosé le kyste avec la vésicule et puis celle-ci à l'estomac en faisant une pancréatico-cholécysto-gastrostomie. En tout cas, la méthode d'abouchement dans l'estomac m'a donné une guérison complète pour une fistule qui, au bout de trois ans, n'avait guéri ni par le régime anti-diabétique, ni par les injections graisseuses, et c'est un résultat appréciable pour une infirmité aussi gênante.

M. Rochard. — Messieurs, M. Quénu nous a prié d'apporter ici nos observations de kyste du pancréas; en voici une récente bien simple, ma foi, et qui a trait à un kyste glandulaire.

Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un kyste du foie, de la rate ou du pancréas.

Je pensai plutôt à un kyste hydatique du foie à cause de cette particularité, c'est que la tumeur semblait suivre les mouvements de la respiration, mais la présence du sucre dans les urines me faisait faire des réserves pour le kyste du pancréas.

Je n'ai pas pratiqué l'insufflation de l'estomac, car dans n'importe laquelle des trois hypothèses il fallait toujours faire la laparotomie.

La présence reconnue à l'opération de l'estomac au-devant de

la tumeur, aurait permis, par la dilatation de la poche gastrique, de faire par élimination le diagnostic de kyste du pancréas.

Il me semble que le point important est la cure des fistules pancréatiques, qui me paraissent devoir être beaucoup plus persistantes dans les cas de kystes glandulaires que dans les cas de kystes hématiques.

Voici cette observation :

Mme R..., âgée de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital le 23 mai pour une tumeur siégeant à la région épigastrique.

Antécédents héréditaires. — Parents morts jeunes de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de sept ans, urticaire vers douze ans.

Le début de la maladie actuelle remonte à quatre ans. Bien avant l'apparition de la tumeur, la malade dit avoir ressenti des douleurs, à point de départ toujours épigastrique, irradiant vers les lombes, la colonne vertébrale et, en particulier, la région interscapulaire, mais jamais vers l'épaule.

Ces douleurs survenaient par crises, le jour aussi bien que la nuit. Leur durée variait de une à vingt-quatre heures. Constrictives et assez intenses, elles conservaient la même acuité pendant toute la crise. Celle-ci s'accompagnait de malaise et de nausées, mais pas de vomissements.

Les crises se répètent à intervalles de quinze jours environ, parfois même ne reviennent qu'au bout de plusieurs mois.

Il y a deux ans, pendant trois mois entiers, les douleurs ont été presque continues et beaucoup plus intenses qu'antérieurement. La malade a présenté à ce moment une crise d'embarras gastrique avec vomissements qui durèrent une dizaine de jours, et de l'insomnie pendant six semaines à peu près.

A partir de cette époque, la malade a commencé à maigrir un peu, mais elle n'est pas très amaigrie.

A la suite de cette période aiguë, la malade a remarqué une petite tumeur au-dessus de l'ombilic. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis deux ans, cette tumeur a, sans aucune intermittence, augmenté progressivement de volume. La malade présente cependant toujours les mêmes crises douloureuses et toujours aussi espacées.

Lorsqu'on examine la malade, à l'inspection déjà on peut constater au-dessus de l'ombilic une tumeur allongée, ovalaire, oblique en bas et en dehors, bombant dans la région épigastrique et faisant une légère saillie dans l'hypocondre gauche. Il n'y a pas de circulation collatérale et la peau est indemne.

La palpation permet de déterminer les limites de la tumeur, qui s'étend en bas jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, en haut semble se continuer, avec le lobe gauche du foie, en dedans dépasse légèrement la ligne médiane, en dehors atteint la ligne mamelonnaire. Elle a à peu près le volume de la tête d'un nouveau-né.

Elle ne fait pas corps avec la paroi, car en faisant asseoir la malade on peut mobiliser la peau. La tumeur est lisse, à bords arrondis, fluctuante, sensible dans sa portion interne, indolente partout ailleurs.

Elle semble suivre les mouvements respiratoires et présente un ballottement comparable au ballottement rénal.

A la percussion, on constate que la tumeur est mate et qu'une zone de très légère sonorité la sépare en haut, de la matité hépatique, en dehors, de la matité splénique.

Examen des appareils. — Appareil digestif : foie légèrement abaissé, aucun autre symptôme objectif. La malade cependant a toujours présenté de la polyphagie et depuis cinq mois de la polydypsie, l'une et l'autre peu accentuées (4 à 5 litres par jour).

Pas de dégoût pour les aliments gras ni la viande. Constipation et ballonnement du ventre après le repas, flatulences et renvois; pas de vomissements, ni de diarrhée, ni de stéarrhée.

Appareil urinaire : polyurie et pollakiurie diurne et nocturne.

Douleur au niveau du rein droit qui présente du ballottement.

Les urines depuis cinq mois contiennent du sucre et un peu d'albumine.

Actuellement, albumine : 0 gr. 25 par litre; sucre : 45 grammes par vingt-quatre heures; 33 grammes par litre.

Appareil cardio-vasculaire : rien.

Appareil respiratoire : rien.

Système nerveux : rien.

25 mai. — *Opération.* — Incision de 12 centimètres sur le bord externe du grand droit. Immédiatement au-dessous de la paroi, on rencontre l'estomac, qui recouvre la tumeur. Celle-ci bombe au niveau de la petite courbure. Rien au lobe gauche du foie. On effondre le petit épiploon, adhérent au feuillet postérieur de l'arrière-cavité des épiploons. La tumeur, mise à découvert, est ponctionnée; on retire environ 800 centimètres cubes d'un liquide séreux, un peu louche. La poche est ensuite incisée, son exploration montre assez nettement son origine pancréatique.

Fermeture de la paroi avec marsupialisation et drainage de la poche.

26 mai. — Très bon état général. Pansement. On constate autour du drain que les tissus paraissent digérés.

L'examen des urines montre la disparition complète du sucre.

27 mai. — Examen des urines : pas de sucre.

Les 28, 29 et 30 mai. — Examen des urines : pas de sucre.

Le 31 mai et le 1er juin. — L'examen des urines montre la présence de sucre.

2 juin. — L'examen des urines montre 21 grammes de sucre par vingt-quatre heures.

3 juin. — La malade est mise au régime antidiabétique. Dans les urines on trouve 4 gr. 956, par vingt-quatre heures.

Les 4, 5, 6 et 12 juin. — Pas de sucre.

Jusqu'au 22 juin, jour où la malade a quitté l'hôpital, le sucre n'a pas reparu dans les urines.

Au niveau de la cicatrice, il s'est formé une fistule pancréatique d'où s'écoule tous les jours un peu de liquide.

Examen des urines.

Urine du 24 mai :

Volume.	1.350 centimètres cubes.
Densité	»
Réaction	Faiblement acide.
Albumine.	0 gr. 33 par 24 heures.
Sucre.	0 gr. 45 par 24 heures.

Urine du 25 mai :

Volume.	450 centimètres cubes.
Densité.	1.024
Réaction	Très peu acide.
Albumine.	Traces.
Sucre.	Néant.

Urine du 26 mai :

Volume.	500 centimètres cubes.
Densité.	1.027
Réaction	Franchement acide.
Albumine.	»
Sucre.	Néant.

Urine du 27 mai :

Volume.	500 centimètres cubes.
Densité.	1.021
Réaction	Acide.
Albumine.	Néant.
Sucre	»

Dépôt abondant d'acide urique et présence de fortes proportions d'indol et de scatol.

Urine du 2 juin :

Volume.	750 centimètres cubes.
Densité.	1.032
Réaction	Acide.
Albumine.	Néant.
Sucre.	28 gr. 91 par litre.
Sucre.	21 gr. 68 par 24 heures.

Analyse d'un liquide d'origine pancréatique.

Volume.	450 centimètres cubes.
Couleur.	Jaune-rougeâtre.
Réaction	Alcaline.
Densité.	1.008

Recherche des matières albuminoïdes :

Fibrine	Néant.
Fibrinogène	»
Alcali-albumine	»
Mucine	»
Nucléo-albumine	»
Albumine totale	5 gr. 9
Sérine	4 gr. 3
Globuline	1 gr. 6
Albumoses	Néant.
Peptones	»
Extrait dans le vide	19 gr. 90
Cendres (après correction des chlorures)	7 gr. 60
Chlorures	6 gr. 95
Phosphates	Traces.
Sulfates	»
Urée	0 gr. 384
Sucre	1 gr. 136
Matières grasses	Néant.
Lécithine	»
Cholestérine	»
Pigments biliaires	»
Globuline	»
Indoxyle	»

La marche générale de l'analyse et les méthodes employées ont été celles indiquées par M. le professeur Grimbert.

Par suite de la nature du liquide, les recherches ont surtout porté sur la présence de la diastase pancréatique et de la trypsine.

La diastase pancréatique a été nettement caractérisée au moyen de la fécule de pomme de terre : 5 grammes de fécule, préalablement lavée et desséchée à + 38 degrés, ont été transformés en empois, puis additionnés de 5 centimètres cubes du liquide examiné; le mélange a été placé à l'étuve, dont la température a été progressivement portée à + 55 degrés, et maintenue telle pendant une heure. Le liquide obtenu ne donnait plus aucune réaction colorée par la liqueur de Gram, absence d'amylo et d'érythro-dextrines, réduisait fortement la liqueur de Fehling, et, après décantation et filtration, donnait au polarimètre une déviation de 31 degrés saccharimétriques, correspondant, si l'on tient compte de la dilution et de la présence du glucose dans la liqueur, à 4 gr. 90 de maltose pour les 5 grammes de fécule employés.

Par contre, la recherche de la trypsine n'a donné aucun résultat positif, bien que plusieurs essais aient été faits, d'abord sur le liquide lui-même, renfermant des albuminoïdes et abandonné 6 heures à l'étuve portée à 50 degrés; puis, dans les mêmes conditions de température, sur le liquide additionné de petits cubes de blanc d'œuf préalablement stérilisés.

L'absence de trypsine active ou trypsinogène est d'ailleurs normale, si l'on veut bien considérer que la malade était à jeun, et que le liquide

a été recueilli pendant l'opération, à l'abri de tout contact avec le contenu intestinal.

En résumé, la présence d'une diastase très active agissant sur les féculents pour les transformer en maltose est suffisamment caractéristique pour permettre d'affirmer que le liquide examiné est d'origine pancréatique.

Kystes et tumeurs kystiques du pancréas.

M. E. SCHWARTZ. — J'ai pu observer cinq tumeurs kystiques et kystes pancréatiques.

Dans ma première observation, il s'agit d'une malade âgée de trente-cinq ans environ qui me fut adressée de la maternité trois mois après un accouchement à terme, dans un état cachectique déjà avancé et portant une tumeur épigastrique gauche nettement fluctuante.

Cette tumeur s'était développée très rapidement depuis l'accouchement, et l'état cachectique s'était aggravé très vite. L'examen radioscopique et l'insufflation de l'estomac nous montrèrent qu'il s'agissait d'une tumeur latéro et rétrostomacale, probablement d'une tumeur du pancréas. Il me fut impossible d'intervenir, la malade succomba à la cachexie.

L'autopsie nous permit de vérifier qu'il s'agissait d'un énorme cancer kystique ramolli de la tête du pancréas ayant envahi le lobe gauche du foie et les ganglions prévertébraux.

Deux observations concernent des kystes traumatiques survenus chez deux hommes jeunes de dix-neuf et de vingt-neuf ans, l'un palefrenier, l'autre charretier. Chez tous les deux, il y avait eu un traumatisme violent, coup de pied de cheval, et coup de timon de voiture. La tumeur s'était montrée très rapidement après l'accident, était nettement fluctuante et rétrogastrique d'après les examens par la percussion. Il y a dix ans, nous n'avions pas encore l'habitude de l'insufflation.

La laparotomie nous fit tomber sur des kystes rétrogastriques. non extirpables, laissant écouler un liquide d'abord clair puis louche; ils furent marsupialisés. Tous deux furent suivis de fistules. Les liquides contenaient nettement de la trypsine et des ferments amylolytiques, et même à un moment donné l'un des kystes laissa écouler par la fistule du liquide pancréatique presque pur, comme le démontra l'analyse.

Les deux fistules ont guéri toutes deux spontanément au bout de trois mois au plus.

Enfin, deux observations concernent encore des cancers kysti-

ques, l'un survenu à la suite d'un traumatisme, l'autre chez un vieillard sans traumatisme.

Chez ce dernier, la cavité marsupialisée contenait une masse de caillots sanguins, qui me fit craindre la rupture d'un gros vaisseau et une hémorragie secondaire. Il n'en fut rien. Les choses marchèrent très bien d'abord; mais au bout de deux mois environ, elles changèrent de face; une masse bourgeonnante sortit de la fistule, s'étala sur la peau du ventre et nous montra qu'il s'agissait d'un cancer hémorragique. L'autopsie ne put être faite.

Il s'agit donc, comme vous le voyez, de deux variétés de cas : les uns, bénins, kystiques purs, se terminent après fistulisation, et écoulement plus ou moins prolongé de liquide contenant les ferments pancréatiques, par la guérison spontanée ou des fistules prolongées dont le fait, rapporté par Michon est un cas très intéressant; les autres, véritables cancers kystiques, ne se dessinent dans certains cas que secondairement par l'évolution au dehors du cancer et la cachexie progressive.

Il est certain que le diagnostic actuel a tout à gagner par l'insufflation de l'estomac et la radioscopie.

Rapports.

Trois cas de réaction méningée au cours d'infections chirurgicales. Phlegmon diffus, appendicite, oto-mastoïdite, par MM. Raymond, Vennin et Lahaussois, médecins-majors, répétiteurs à l'École du Service de santé militaire de Lyon.

Rapport de M. SIEUR.

Messieurs, trois de mes jeunes collègues de l'École du Service de santé militaire de Lyon ont adressé à la Société de chirurgie trois observations qui montrent d'une façon évidente que l'on peut observer une réaction méningée au cours d'une affection chirurgicale, lors même que cette dernière siège loin des méninges. Il s'agit, la plupart du temps, d'une méningite bénigne, dont les symptômes disparaissent rapidement, mais suffisamment caractérisée au point de vue clinique et cytobactériologique pour que le rôle de l'infection soit indéniable.

Voyons d'abord les faits rapportés par mes collègues :

Obs. I. — D..., vingt-deux ans, jeune soldat, sans aucun antécédent morbide à signaler, est hospitalisé le 17 janvier 1910 pour lymphangite

aiguë de la jambe gauche, consécutive à une excoriation du cou-de-pied.

A l'entrée, temp., 40°2; pouls, 108. Sur la face postéro-externe de la jambe, et tout le creux poplité, la peau, de teinte rouge sombre, chaude et douloureuse, présente une infiltration cartonnée, à limites peu nettes. Pas de ganglions inguinaux. Au-dessous de la malléole externe, petite excoriation superficielle recouverte d'une mince croûtelle masquant une goutelette de pus : c'est la porte d'entrée de l'affection. L'excoriation date de dix jours et la tuméfaction de la jambe de trois jours.

Abattement. Urines albumineuses. Désinfection de l'excoriation initiale. Incision profonde du creux poplité, au point où l'inflammation paraît à son maximum : tissu cellulo-graisseux superficiel et profond infiltré. Il ne s'écoule ni pus ni sérosité.

Le 18, temp. : 39°9 le matin ; 40°1 le soir. Nouvelles incisions ; pas de pus ; 2 centimètres cubes de collargol à 1/100 intramusculaire.

Pendant les trois jours suivants, la température s'abaisse progressivement jusqu'à 38 degrés. Toujours pas de suppuration. Chaque jour, injection intramusculaire de 2 centigrammes de collargol.

Le 22, sphacèle du tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la face postéro-externe de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse. Pas de pus. Longues incisions dans toute l'étendue du décollement.

Depuis l'entrée à l'hôpital, *alternatives d'abattement* et *d'agitation*.

Le 23, temp., 37°7 le matin ; pouls, 86. Une *miction involontaire* pendant la nuit. L'*agitation* s'exagère et devient continue. Pas de frisson. *Soubresauts de tendons*, *tremblement* du menton, des lèvres et des membres, avec exacerbations paroxystiques ; délire professionnel. Le malade peut cependant répondre brièvement aux questions simples et énergiques. Exagération du réflexe rotulien ; clonus de la rotule ; trépidation épileptoïde ; raideur de la nuque ; ébauche de Kernig. Facies terreux. Aucun symptôme oculaire.

Constipation opiniâtre, 1.200 centimètres cubes d'urine avec des *traces d'albumine*.

Une éruption papuleuse ortiée est apparue sur la région sacrée. Vésicules confluentes, avec une aréole rosée, sur toute la face postérieure du tronc.

A ce moment, malgré l'évolution rassurante de la température et du pouls, la situation apparaît très grave.

L'apparition de symptômes méningés conduit à pratiquer aussitôt une *ponction lombaire*, qui donne issue à trente centimètres cubes de liquide eau de roche en hypertension, sans toutefois s'échapper en jet tendu.

Pansement au sérum térébenthiné à 15 p. 1.000 des plaies de la jambe, qui commencent à suppurer un peu ; 2 centigrammes de collargol intramusculaire.

Après la ponction lombaire, le malade se calme. Les réflexes sont moins exagérés, il n'y a plus ni raideur de la nuque, ni Kernig.

Le soir, temp., 38 degrés ; pouls, 84. L'exagération des réflexes reparaît

Le lendemain matin, temp., 39°9; pouls, 88. Malade calme; intelligence nette; pas de Kernig, ni de raideur de la nuque. Réflexes normaux.

Nouvelle ponction lombaire, qui ne donne que quelques gouttes de liquide en hypotension mélangé de sang.

L'infiltration inflammatoire de la jambe et du creux poplité a diminué : un peu de pus franc apparaît au niveau des incisions.

2.500 centimètres cubes d'urine sans albumine. Le soir, temp., 38°2; pouls, 80; une selle spontanée. L'éruption érythémato-vésiculeuse du tronc a beaucoup pâli.

Puis, en trois jours, l'état général et local s'améliore rapidement. La température revient progressivement et définitivement à la normale. Tout symptôme de réaction méningée a disparu. Urines abondantes, sans albumine. Suppuration franche des plaies de la jambe, dont la cicatrisation, assez lente, n'a été complète qu'à la fin de mars. Le malade quitte l'hôpital au début d'avril, en excellent état. Très robuste, il ne présente aucune tare, en particulier au point de vue névrose, ni alcoolisme, ni syphilis, ni tuberculose.

Examen cyto-bactériologique du liquide céphalo-rachidien :

A. — Pas d'éléments cellulaires.

B. — Pas de microbes dans les cultures (bouillon et gélose).

Obs. II. — B..., vingt-trois ans, ancien soldat, est hospitalisé le 29 mai 1911, à 3 heures du soir, pour appendicite aiguë.

Depuis trois ou quatre jours, il ressentait un peu de douleur au niveau de la fosse illiaque droite. Le 28 au soir, apparaît et se prolonge pendant toute la nuit une *diarrhée profuse*, donnant lieu à une vingtaine de selles et accompagnée de *vomissements*. Des douleurs abdominales très vives se manifestent le 29 mai, à 2 heures du soir.

A ce moment, le malade fait appeler un médecin qui constate, en l'absence de toute défense de la paroi, une vive sensibilité à la pression, généralisée à tout l'abdomen, mais plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droit. Le toucher rectal provoque de la douleur dans la moitié droite du pubis, sans autre symptôme objectif.

Hospitalisation immédiate. Temp., 39°6; pouls, 108.

Aussitôt après l'entrée, tout d'un coup la scène se modifie. Le malade s'agite, ne répond plus aux questions.

Violent *délire* de parole et d'action. *Soubresauts tendineux*. Pas d'inégalité pupillaire; myosis. Pas de Kernig.

Le malade ne pouvant uriner volontairement, les urines sont recueillies par cathétérisme, et on y décèle un *mince disque d'albumine*.

Ponction lombaire donnant issue à 20 centimètres cubes de liquide eau de roche, s'écoulant, dans le décubitus latéral, en gouttes serrées.

Aussitôt après la ponction lombaire, *appendicectomie* sous anesthésie au chloroforme.

Incision de Jalaguier, appendice rouge, libre, non tuméfié, remontant sur la face interne du cæcum. Les anses grêles sont rouges, complètement libres. Pas de liquide péritonéal.

Le méso-appendice est simple. Les vaisseaux abordent l'appendice par sa partie moyenne. Le méso contient de gros *ganglions lymphatiques*. La résection de l'appendice s'effectue rapidement, sans incidents opératoires. Fermeture de la paroi avec drainage.

L'ouverture de l'appendice montre des parois épaisses. Un peu de liquide muqueux, mais pas de pus ni de corps étranger dans la lumière de l'appendice.

L'examen histologique a montré l'intégrité de la muqueuse, qui est simplement infiltrée de leucocytes. Par contre, folliculite très marquée. Dans une des coupes, on constate un follicule sous-séreux.

Le soir de l'opération et pendant la nuit, le malade est très agité et *continue à délirer*. La journée du 30 est un peu plus calme. Malade *obnubilé*; temp., 38°8 le matin; pouls, 94. Temp., 38°6 le soir; pouls, 80. Les vomissements et la diarrhée ont cessé. Mictions spontanées. Prélèvement de sang pour hémoculture.

Le 31, toute agitation a disparu. Un peu de céphalée pendant la nuit. La température et le pouls reviennent à la normale. Malade bien éveillé. Ventre plat et souple; une selle après lavement.

Un peu de douleur à l'occasion des mouvements de la tête et du cou, Pas de Kernig. Réflexe rotulien nettement exagéré des deux côtés. Hyperesthésie cutanée généralisée.

Nouvelle *ponction lombaire* qui ne donne plus que 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien s'écoulant lentement goutte à goutte, mélangé d'un peu de sang au début, puis absolument limpide et non teinté.

Rien d'anormal à l'examen du fond de l'œil.

L'examen des urines donne le résultat suivant :

Albumine.	Néant.
Sucre.	Néant.
Urée	14 gr. 5 par 24 heures.
Chlorures	5 gr. 5
Phosphates	2 gr. 8

Puis l'état général s'améliore rapidement. La température ne dépasse plus la normale qu'une fois, au cinquième jour, à l'occasion de la mobilisation des drains.

Tous les symptômes de réaction méningée disparaissent. Les réflexes reviennent lentement à la normale. L'hyperesthésie cutanée s'atténue peu à peu. Cicatrisation rapide de la plaie opératoire. Le malade quitte l'hôpital en excellent état.

L'étude des antécédents, l'examen des divers organes et appareils, ne révèlent aucun indice anormal. Pas de névrose ni syphilis, ni bacillose. D'après l'entourage du malade, il y aurait à retenir dans les antécédents des habitudes d'éthylisme, niées d'ailleurs par le malade et qu'aucun symptôme objectif ne vient affirmer.

Examen de laboratoire. — 29 mai, première ponction lombaire. Liquide clair. Pas de culot. Pas de polynucléaires. Rares lymphocytes. Un ensemencement large en bouillon n'a donné aucune culture.

30 mai, *hémoculture* : 15 centimètres cubes de sang, pris aseptiquement à la veine, sont défibrinés; XX gouttes de plasma sont ensemencées dans 200 centimètres cubes de bouillon; le reste du plasma et le caillot sont aussi mis en bouillon.

Le 5 juin, on constate dans le ballon contenant le caillot un germe présentant les caractères suivants :

Coccus polymorphe, se présentant en diplo ou en tétrades dans les cultures jeunes, en strepto court dans les vieilles. On trouve concurremment aux cocci, et surtout sur gélose, des bacilles courts, immobiles.

Cultures : En bouillon, cultures abondantes, dépôts crémeux; les formes en bacille court et en strepto sont fréquentes.

Gélose : Colonies blanches; culture abondante donnant un enduit gluant.

Gélatine : Ne pousse pas sur gélatine à $\times$ 20, ni en surface, ni en piqûre.

L'inoculation à la souris a été négative. Bref, le germe isolé est un coccus polymorphe, prenant le Gram et se rapprochant de l'entérocoque. Il était rare dans le sang et peu virulent pour la souris.

30 mai, formule hémoleucocytaire :

Leucocytes	7.000
Polynucléaires	79 p. 100.
Lymphocytes	16 —
Grands et moyens mononucléaires	5 —

c) Examen chimique du liquide de céphalo-rachidien de la ponction du 29 mai :

Sucre	0 gr. 508 p. 1000
Albumine	0 gr. 74 —

Obs. III. — G..., vingt-deux ans, jeune soldat, est hospitalisé le 19 mai 1910 pour otite moyenne aiguë à gauche.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Pas d'affection auriculaire antérieure.

Bourdonnements d'oreille à gauche depuis un mois environ, à la suite d'un coryza; otalgie très violente depuis quatre jours. L'écoulement du pus par le conduit auditif s'est manifesté le jour même de l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, temp., 39°6. Oreille droite normale; à gauche, douleur très vive à la pression du point antral. Léger œdème mastoïdien. Aspiration à la pompe à eau du pus du conduit et de la caisse; sédation passagère de la douleur, qui, le lendemain matin, est redevenue très vive, avec une temp. de 38°2. La suppuration continue par le conduit. Les phénomènes mastoïdiens ne se sont pas modifiés. *Deux vomissements en fusée*, pendant la nuit. *Myosis bilatéral* sans autre symptôme oculaire. Un peu *d'exagération des réflexes. Disque d'albumine* décelé dans l'urine.

Antrotomie sous anesthésie au chloroforme. Pus sous tension au-dessous d'une corticale peu épaisse. Antre petit, nombreuses cellules péri-antrales pleines de fongosités. Evidement de la mastoïde.

Aussitôt après la trépanation, *ponction lombaire*, qui ne donne issue qu'à 2 centimètres cubes de liquide eau de roche, sous tension peu élevée. Ce liquide n'a pas été conservé.

Dans le courant de l'après-midi se manifeste une *paralysie faciale à gauche*, très accusée, n'intéressant que le facial inférieur, persistant le lendemain, puis diminuant, pour disparaître définitivement au bout de quatre jours.

Le soir de l'opération, temp., 40 degrés. Le lendemain 21 mai, elle est à 37°6 le matin, 39°6 le soir, le pouls oscillant autour de 100.

Le 22, température presque normale : matin, 37°1 ; soir, 37°6. Pouls : matin, 68; soir, 84, mais le malade reste apathique, en état de *torpeur*. *Constipation opiniâtre.*

Le 23, la température remonte à 38°7, le matin. Pouls, 90, et à 40°4, le soir. Pouls, 90. Plaie mastoïdienne sèche, atone; abattement persistant.

Le 24, *vomissements* alimentaires, puis muco-bilieux qui se répètent pendant toute la journée et la nuit. Rachialgie lombaire. Un peu de *céphalée*. Signe de *Kernig* très net. Un peu de *raideur de la nuque*. Exagération de tous les réflexes, tendineux et cutanés ; hyperesthésie cutanée généralisée ; *Obnubilation intellectuelle.*

Deuxième ponction lombaire donnant 20 centimètres cubes d'eau de roche, s'échappant en jet tendu et dont on fait l'examen cytologique, bactériologique et chimique : temp., 37°8, le matin. Pouls, 72; 38°3, le soir. Pouls, 76.

Le 25, même état; mais les vomissements cessent.

Une selle après lavement. Temp. : matin, 39°4; soir, 38°3. Pouls : matin 76; soir, 72.

Pas d'inégalité pupillaire, pas de paralysie oculaire, pas de nystagmus. Mais les objets sont vus avec moins de netteté par l'œil gauche que par l'œil droit. *La papille gauche présente des bords très flous.* Papille droite normale.

Veines rétiniennes dilatées des deux côtés.

La plaie opératoire reste sèche. Le 26, temp., 37 degrés. Pouls, 60, matin et soir, le signe de *Kernig* persiste. *Inégalité pupillaire* (mydriase à droite). Les vomissements n'ont pas reparu. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Le 27, après une nuit agitée sans délire, temp., 37°6; pouls, 64, le matin. Le soir : temp., 39°8; pouls, 96, après un léger *frisson.*

Persistance du Kernig et de l'hyperesthésie cutanée. Pupilles redevenues égales. L'œdème papillaire a disparu. Plaie opératoire moins sèche. Léger suintement séro-purulent, jaunâtre par la plaie et par le conduit auditif.

Prélèvement aseptique de sang dans la veine médiane basilique droite pour hémoculture.

Le 28, après une nuit assez bonne, temp., 36°6; pouls 60, le matin. *Troisième ponction lombaire* : 20 centimètres cubes de liquide eau de roche s'échappent en jet tendu. Après la ponction, *céphalée très vive*. Le pouls tombe à 48.

La rachialgie lombaire, le signe de Kernig persistent. Pas d'albumine dans les urines.

Le soir : temp., 40°8; pouls, 108, après un petit *frisson*. La céphalée a cessé.

Le 29, temp. : matin, 36°7; soir, 37°4. Pouls : matin, 60; soir, 70; malade plus éveillé; Kernig et hyperesthésie persistent.

Pansement : La plaie opératoire a meilleur aspect; suintement purulent assez abondant. Pus prélevé pour examen bactériologique dans l'antre et dans le conduit auditif.

Le 30, temp. : matin, 36°8; soir, 38 degrés. Pouls : matin, 60; soir, 72. Bon état général. Douleur très vive accusée au niveau du pied gauche, en arrière du scaphoïde. En cette région, légère tuméfaction rosée, molle, œdémateuse, effaçant les méplats péri-malléolaires. La douleur s'accentue à la pression profonde.

Douleur et tuméfaction ont persisté, mais en s'atténuant bientôt, pendant six jours, et peuvent être attribuées à une légère arthrite médio-tarsienne.

A partir du 1er juin, la température ne s'écarte plus de la normale. Le pouls oscille entre 50 et 60, puis à partir du 13 juin entre 60 et 70.

Etat général très bon. Le malade s'est levé à partir du 11 juin. Aucun trouble de l'équilibre, ni bourdonnements, ni vertiges.

Le signe de Kernig a persisté jusqu'au 16 juin. Une légère exagération des réflexes tendineux et cutanés existait encore le 25 juin.

Le 8 juin : *Quatrième ponction lombaire*, 20 centimètres cubes de liquide eau de roche, en jet tendu.

Après la ponction, céphalée très vive pendant vingt-quatre heures, sans modification du Kernig ni de l'exagération des réflexes.

Le 16 juin. *Cinquième et dernière ponction lombaire* : 10 centimètres cubes de liquide eau de roche, tension très diminuée. Pas de céphalée après la ponction.

L'examen de l'oreille gauche (oreille droite normale) donne les résultats suivants :

Montre entendue à 2 centimètres. Voix haute, à 1 mètre. Voix chuchotée, à 0m20.

Weber latéralisé à gauche.

Schwabach prolongé à gauche.

Rinne faiblement négatif.

Les épreuves nystagmiques (épreuves de rotation et épreuves caloriques) montrent la conservation du nystagmus vestibulaire, provoqué physiologiquement.

A aucun moment l'examen clinique n'a pu répéter aucun stigmate de bacillose, de syphilis, de névrose, ou d'intoxication éthylique.

Examen de laboratoire. 24 mai. — Deuxième ponction lombaire. Liquide clair. Pas de culot de centrifugation.

A. L'examen de plusieurs lames ne révèle pas d'éléments cellulaires.

B. Le liquide a été ensemencé largement sur gélose et en bouillon ; on constate, le 27 mai, dans le bouillon, un diplocoque que nous caractériserons tout à l'heure; rien sur gélose.

C. L'analyse chimique donne les résultats suivants :

Liquide assez fortement alcalin.

Sucre	0 gr. 22 p. 1000
Albumine	0 gr. 60 —

27 mai. Hémoculture, 10 centimètres cubes de sang prélevé aseptiquement à la veine sont défibrinés. XX gouttes de plasma sont ensemencées dans 20 centimètres cubes de bouillon. Le caillot et le reste du plasma sont aussi mis en bouillon. En vingt-quatre heures, il pousse, dans les deux ballons, le même diplocoque que dans le liquide céphalo-rachidien.

28 mai. Formule hémoleucocytaire :

Leucocytes	7.900
Polynucléaires	75 p. 100.
Lymphocytes	17 —
Grands et moyens mononucléaires	8 —

28 mai. — 3e Ponction lombaire. Liquide clair. Pas de culot de centrifugation. La formule cellulaire est normale : peut-être deux cocci prenant le Gram.

B'. — Ensemencement large en ballon et tubes de bouillon ; rien n'a poussé.

C'. — Examen chimique. Liquide assez fortement alcalin :

Sucre	0 gr. 357 p. 1000
Albumine	0 gr. 22 —

29 mai. — Examen du pus otitique. Cultures abondantes en bouillon, polymicrobiennes, mais avec prédominance du diplocoque trouvé dans le sang.

8 juin. — 4e Ponction lombaire. Liquide clair. Pas de culot. Rien n'a poussé dans les cultures. Pas d'éléments cellulaires.

Examen chimique. Liquide nettement alcalin :

Sucre	0 gr. 48 à 0 gr. 57 p. 1000
Albumine	0 gr. 27 p. 1000

16 juin. — 5e Ponction lombaire. Pas d'éléments cellulaires. Pas de germes. Examen chimique :

Le diplocoque trouvé, en culture pure dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et associé à d'autres pyogènes, dans le pus mastoïdien, présente les caractères suivants :

Albumine	0 gr. 33 p. 1000
Sucre	0 gr. 55 —

Diplocoque très polymorphe suivant les milieux et dans le même milieu; formes en tétrades (fréquentes), en amas, en chaînettes courtes, rarement cocci isolés. Il prend le Gram.

Culture : *Bouillon.* Culture rapide; très vite il se forme un abondant dépôt visqueux, blanchâtre ne se dissociant pas par agitation.

Gélose. Culture abondante : produit blanchâtre crémeux et visqueux.

Lait. Culture grêle; pas de coagulation; quelques diplocoques sont capsulés.

Gélatine. Végétation peu abondante. Colonies blanches, translucides, à bords déchiquetés. Pas de liquéfaction. En piqûre, quelques colonies à la surface, rien en profondeur.

Pomme de terre. Culture abondante visqueuse.

Bouillon lactosé carbonaté. Culture abondante. Dépôt crémeux. Pas de gaz.

Petit lait tournesolé. Culture très grêle, ne vire pas.

Sérum coagulé. Colonies blanc-opaque arrondies.

Inoculation : *Souris.* L'inoculation à la souris de 1 centimètre cube de culture en bouillon reste négative : 1 centimètre cube de culture en bouillon injectée dans le péritoine d'un cobaye ne rend pas l'animal malade.

Le sang du cobaye prélevé par ponction du cœur contient le germe en assez grande abondance.

Le cobaye, sacrifié cinq jours après l'inoculation intra-péritoniale, ne présente pas de lésions viscérales.

En résumé, le germe isolé est un diplocoque extrêmement polymorphe qui paraît se rapprocher du tétragène (fréquence des formes en tétrades, non-coagulation du lait, dépôt visqueux) tout en étant distingué par l'absence de capsule après passage chez l'animal ou en culture dans le sérum de lapin.

Ce diplocoque était abondant dans le sang, les cultures ayant poussé en vingt-quatre heures; rare dans le liquide céphalo-rachidien, qui n'a poussé qu'au bout de trois jours. Sa virulence est faible pour la souris et le cobaye.

Les trois observations de MM. Lahaussois, Vennin et Raymond sont intéressantes au point de vue *clinique* et *pathogénique*. Cliniquement, la réaction méningée est indéniable. Après une période prodromique ayant duré six jours et caractérisée par de l'abattement, puis des alternatives de dépression et d'excitation, le premier malade atteint d'un phlegmon diffus du membre inférieur a présenté une période d'état, qui a duré vingt-quatre heures, et pendant laquelle on a constaté les symptômes suivants :

Raideur de la nuque. Kernig modéré. Exagération des réflexes. Crises de tremblement du menton, des lèvres, des membres, avec soubresauts des tendons. Délire professionnel. Incontinence passagère des urines. Constipation.

Température oscillant entre 37°5 et 38 degrés. Pouls à 84-86. Après la ponction lombaire donnant issue à 30 centimètres cubes

de liquide céphalo-rachidien, il se produit une disparition très rapide et définitive des symptômes méningés.

Chez le second malade : Pas de prodromes. Début brusque. La période d'état a duré quarante-huit heures, caractérisée par de l'agitation, du délire violent, le tout entrecoupé de périodes d'obnubilation et de torpeur. Exagération des réflexes. Hyperesthésie cutanée généralisée : soubresauts des tendons. Myosis. Pas de Kernig.

Ces symptômes ont disparu très rapidement après la ponction lombaire suivie d'appendicectomie, sauf l'exagération des réflexes et l'hyperesthésie, qui ont persisté, quoique très atténuées, pendant près d'un mois après l'intervention.

Enfin, dans le troisième cas, la réaction méningée débute par de la dépression, deux vomissements en fusée, de la constipation, de l'exagération des réflexes, du myosis, une paralysie faciale gauche, qui n'intéresse plus le facial inférieur, et dure quatre jours.

L'ensemble de ces prodromes se maintient pendant cinq jours.

La période d'état dure cinq jours. La céphalée et l'obnubilation sont tenaces, quoique légères; l'hyperesthésie cutanée, la rachialgie lombaire, la raideur de la nuque, le Kernig, l'exagération des réflexes, sont très marqués. Les symptômes passagers, une seconde crise de vomissement, l'œdème de la papille à gauche, la congestion veineuse du fond de l'œil, l'inégalité pupillaire, un frisson vespéral quotidien caractérisent encore cette période avec une température en clocher variant entre 36°6 et 40°8 et un pouls, très instable, variant entre 60 et 108.

La période de déclin s'est prolongée pendant une vingtaine de jours. Les symptômes ayant disparu en dernier lieu sont : le Kernig, l'exagération des réflexes, l'hyperesthésie et le ralentissement du pouls.

Cette différence d'évolution clinique trouve son explication dans les résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Chez le premier malade, le liquide céphalo-rachidien est en hypertension, mais il ne renferme ni éléments cellulaires, ni microbes (soit à l'examen direct, soit en cultures).

Il s'agit donc d'une réaction méningée aseptique, sans réaction cellulaire.

Chez le second malade, l'hypertension est plus accusée et l'on trouve dans le liquide quelques lymphocytes; pas de polynucléaires; pas de germes.

La teneur en glucose est normale; seule l'albumine est augmentée.

La réaction méningée est là encore aseptique, sans réaction cellulaire appréciable, mais avec une légère modification chimique.

Chez le troisième malade, le liquide céphalo-rachidien demeure hypertendu pendant seize jours (5 ponctions) ; il est clair, sans culot de centrifugation et ne renferme pas de polynucléaires; ce n'est qu'à la troisième ponction qu'on constate deux lymphocytes et deux cellules endothéliales, mais la méthode des cultures décèle la présence d'un diplocoque. Ce diplocoque, que l'on retrouve dans le sang, est peu abondant et peu virulent.

Enfin, par l'examen chimique, on trouve de l'hypoglucose et de l'hyperalbumine pendant la période d'état avec retour lent et pro gressif aux chiffres normaux.

Il s'agit donc bien, chez ce troisième malade, d'une *méningite septique* due à un diplocoque rare et peu virulent, sans réaction cellulaire, mais avec altérations chimiques du liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue *pathogénique*, les deux premières observations paraissent avoir une pathogénie identique :

Porte d'entrée septique, éloignée des méninges. Septicémie démontrée dans la deuxième observation par l'hémoculture, et cliniquement évidente dans la première observation.

Réaction méningée aseptique très brève dans les deux cas et sans que rien puisse faire incriminer un foyer septique juxta-méningé.

La troisième observation prête à discussion :

Il existe un foyer infectieux au voisinage des méninges.

D'autre part, il a été constaté une infection méningée et une infection sanguine, dues à un même germe.

Deux éventualités sont possibles :

1° Infection simultanée des méninges et du sang par le foyer mastoïdien;

2° Infection sanguine otogène et localisation méningée secondaire, d'origine septicémique.

La première hypothèse est la plus satisfaisante au point de vue anatomique, et la plus fréquemment réalisée en clinique.

Par contre, en faveur de la deuxième hypothèse, nous notons : la courbe thermique (tracé de septicémie), l'absence de symptômes d'irritation ou de suppuration labyrinthique, la guérison sous l'influence de la seule trépanation mastoïdienne, et les caractères de la paralysie faciale (non immédiatement consécutive à l'opération, passagère, et n'intéressant que le facial inférieur).

Nous admettons donc l'origine septicémique de la méningite séreuse constatée dans le troisième cas.

L'existence de *réactions méningées* survenant au cours d'une

infection générale est, à l'heure actuelle, chose admise par tous en clinique médicale. C'est ainsi qu'on les observe assez fréquemment dans la syphilis, l'urémie, la fièvre typhoïde et les infections dites paratyphiques. Par contre, en chirurgie, si nous exceptons les affections d'origine juxta-méningée telles que les otites, les sinusites frontales, ethmoïdales ou sphénoïdales, et les traumatismes du crâne, nous n'avons pu trouver aucune observation à ajouter aux deux premiers faits rapportés par nos collègues.

Que le foyer infectieux soit juxta-méningé ou éloigné des méninges, la réaction de ces dernières est *aseptique* ou *septique* et l'entente est loin d'être faite au sujet du mécanisme de cette réaction.

Si l'affection est juxta-méningée, on peut accepter la classification établie par Lermoyez pour les méningites otogènes et reconnaître l'existence :

1° *d'une méningite purulente septique* ;

2° *d'une méningite purulente aseptique* ;

3° *d'une méningite séreuse septique* ;

4° *d'une méningite séreuse aseptique.*

La première, de beaucoup la plus grave et la plus fréquente, provient de ce que l'infection, venue de l'oreille, du nez ou du cuir chevelu, a infecté la totalité des méninges, soit d'emblée, soit par l'intermédiaire d'une méningite purulente circonscrite préalable.

Dans la méningite purulente aseptique, désignée par Widal sous le nom *d'état méningé puriforme*, la ponction lombaire ramène un liquide louche, d'aspect purulent, mais dont la caractéristique essentielle est de ne renfermer *ni microbes, ni polynucléaires avariés.* Elle paraît due à l'action irritante du foyer purulent voisin qui congestionne les méninges et cette congestion aboutit à une polynucléose aseptique qui donne au liquide méningé son aspect trouble particulier.

La troisième forme ou *méningite séreuse septique* se caractérise par la présence de microbes virulents dans le liquide céphalo-rachidien, alors que ce liquide a conservé sa transparence. Entre elle et la forme purulente septique, il n'y a d'autre différence qu'une question de degré. Et cela est si vrai que le premier type de cette méningite séreuse n'est le plus souvent que le premier stade de la méningite purulente. Primitivement, le liquide sort clair, mais on le voit se troubler de plus en plus au fur et à mesure que les accidents s'aggravent et menacent de se terminer par la mort.

Parfois, on l'a vue aussi provenir d'une méningite purulente enkystée, et Brieger et Cohn rapportent le fait d'une méningite

purulente localisée qui provoqua plusieurs crises de méningite séreuse avant de déterminer, pour finir, une méningite purulente diffuse.

Nous ne ferons que mentionner l'opinion de Lévi pour qui la méningite séreuse, qui s'observe au cours d'une affection juxta-méningée, est en tout comparable à la pleurésie séreuse qui suit une carie costale, ou à l'épanchement séreux du genou provoqué par une ostéomyélite épiphysaire du fémur. Aucune donnée clinique ou anatomopathologique certaine n'est venue en fournir la preuve.

Nos collègues, dont le troisième fait appartient incontestablement à cette forme de méningite, croient devoir l'attribuer non à une influence locale, mais à une septicémie atténuée. On peut leur objecter sans doute que, dans la méningite otogène, l'infection méningée prend ordinairement sa source dans l'oreille malade ou ses dépendances. Mais il est des cas où les accidents auriculaires sont nettement localisés à l'intérieur de l'oreille et n'ont avec les méninges ni rapport de continuité ni rapports vasculaires. Par contre, la même cause infectieuse (grippe, scarlatine, rougeole, etc.) qui a infecté l'oreille, a également infecté le sang, et il me paraît difficile alors de refuser aux accidents méningés une origine septicémique.

En faveur de leur hypothèse, MM. Lahaussois, Vennin et Raymond relèvent avec raison, chez leur malade, l'allure septicémique de la température, l'absence d'irritation ou de suppuration du labyrinthe, cause habituelle des méningites aiguës et la guérison sous l'influence de la seule trépanation mastoïdienne.

Nous savons, en effet, que dans la méningite séreuse, même septique, l'indication thérapeutique est moins sévère qu'en cas de méningite purulente. Il suffit, comme le remarque Lermoyez, de supprimer le foyer suppuré otique ou périotique sans inciser la dure-mère pour obtenir la guérison. J'ajouterai, volontiers, que dans les cas où ni la mastoïde, ni l'antre, ni le sinus latéral ne sont cliniquement en cause, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention et se borner à une thérapeutique médicale sous peine de voir se précipiter les accidents.

Dans un cas récent de méningite spinale primitive à streptocoques, apparue brusquement au cours de la grippe chez un malade atteint d'une otite moyenne d'allure tout à fait bénigne, l'ouverture large de la caisse et de l'antre avec mise à nu des méninges nous a permis de constater que les accidents méningés ne tiraient pas leur origine de l'oreille malade et l'autopsie, en montrant la limitation des lésions aux méninges spéciales, le démontrait d'une manière indiscutable. La trépanation avait été

inutile. Aussi me suis-je refusé par la suite à intervenir dans un cas analogue et là encore, l'autopsie a montré le bien-fondé de l'abstention en mettant en évidence l'intégrité des méninges cérébrales.

Ainsi donc, même chez les malades atteints d'une lésion inflammatoire située au voisinage des méninges, il est des cas où la réaction méningée qui survient *n'indique pas toujours une réaction de voisinage*, mais doit être mise sur le compte d'une *infection générale.*

Il en est surtout ainsi quand l'affection juxta-méningée n'est elle-même qu'une localisation de cette infection. Ce qui tend à le démontrer encore, c'est la présence du même agent pathogène dans le sang et le pus de l'oreille.

Lorsqu'il s'agit d'une infection située loin des méninges, celles-ci ne réagissent que s'il existe en même temps une *septicémie sanguine*. Les germes les plus souvent en cause sont : le streptocoque, le pneumocoque, l'entérocoque et parfois même le bacille d'Eberth seul ou associé à l'un des germes précédents.

Naturellement, nous retrouvons les mêmes variétés de méningites :

Chez certains malades, il n'existe d'autre altération que de l'hypertension intrarachidienne; pas d'albumine, pas d'éléments figurés, pas de microbes décelables par un examen direct ou par les cultures.

Chez d'autres, au contraire, il y a des altérations très nettes : hypertension marquée et prolongée, réaction cellulaire intense, opalescence légère et traces appréciables d'albumine, pas de microbes.

Enfin, chez une troisième catégorie de malades, l'examen direct décèle la présence d'un germe pathogène plus ou moins virulent, qu'il est loisible de cultiver et d'inoculer et que l'on retrouve dans le sang.

Quand il y a inflammation méningée franche, l'interprétation pathogénique ne souffre guère de difficulté. Il existe une septicémie sanguine; par elle, l'élément pathogène est amené aux méninges où il se fixe et provoque un processus inflammatoire. Or, on sait depuis longtemps que le pneumocoque, le streptocope et l'entérocoque, pour ne citer que les principaux, ont une affinité toute particulière à l'égard des centres nerveux et des méninges.

L'interprétation des *états méningés sans méningite* est plus délicate. Ici les bactéries n'agissent plus directement par leur présence, mais par la toxémie dont elles sont l'origine. Dans un travail récent *sur le méningisme précoce dans la fièvre typhoïde* (Société médicale des Hôpitaux, séance du 18 mars 1911), notre collègue M. Sacquépée a montré que cette infection sanguine

d'origine microbienne se trouvait singulièrement aggravée par un trouble prononcé des fonctions rénales (oligurie et albuminurie). Un barrage, même incomplet, des voies d'excrétion rénale augmente, en effet, dans une large mesure les chances d'intoxication, puisque les poisons formés ne sont plus qu'incomplètement éliminés.

L'histoire du second malade observé par MM. Lahaussois, Raymond et Vennin est à cet égard des plus démonstratives. Il s'agissait chez lui d'une de ces formes d'appendicite toxi-infectieuses sur laquelle Quénu a particulièrement insisté. L'infection ne s'est pas seulement traduite « par la douleur diffuse et précoce, l'atteinte profonde des ganglions, la diarrhée fétide et l'altération de l'état général qui, de l'avis de tous, constituent des accidents de la période d'intoxication confirmée », elle s'est en plus accusée par une réaction méningée des plus nettes qui prouve encore mieux sa généralisation rapide en même temps que sa gravité.

Il est, je crois, inutile de prolonger cette discussion. Les faits de mes collègues prouvent que, dans certains états septicémiques d'origine chirurgicale, les méninges peuvent réagir par de la méningite séreuse. Cette méningite séreuse peut être purement *aseptique* ou bien *pauciseptique*.

Dans un cas comme dans l'autre, il faut se garder de porter d'emblée un pronostic grave. Il faut répéter les ponctions lombaires jusqu'à retour à l'état normal du liquide céphalo-rachidien pour être à même de saisir les transformations possibles de la réaction méningée. Ces ponctions sont d'autant plus nécessaires que c'est le seul moyen de traitement direct de l'irritation méningée.

Discussion.

M. KIRMISSON. — Je suis tout à fait en accord avec M. Sieur sur le fond de son importante communication.

Il est certain que les infections méningées peuvent survenir dans toutes les septicémies ayant pour origine des lésions éloignées ou voisines des centres nerveux. Je n'insiste pas. D'autre part, M. Sieur a eu parfaitement raison de signaler, à côté des méningites suppurées, l'existence de méningites non suppurées, celles-ci beaucoup moins graves et susceptibles de guérison par des moyens assez simples.

Je viens d'en observer un cas très net dont je vous demande la permission de rapporter les détails au début de la prochaine séance.

M. TUFFIER. — Il y a dans la communication de M. Sieur deux faits qui me paraissent importants, l'un *clinique*, l'autre *anatomo-*

pathologique. Le fait clinique est l'existence d'accidents méningés dans les infections chirurgicales. C'est une complication qui n'a pas lieu de nous surprendre. J'ai observé chez plusieurs malades la raideur de la nuque et le Kernig dont on vient de nous parler. Je crois, si nous voulons les rechercher, que nous trouverons fréquemment ces symptômes, que je dénommais à mes élèves : irritation spinale par infection générale, que M. Sieur appelle état méningé sans méningite, termes dont l'imprécision se vaut; cet état pathologique peut tenir à une hypertension du liquide céphalo-rachidien. En tous cas, je n'ai rencontré ces symptômes que dans les états infectieux graves et dont le pronostic n'a pas été fatal dans tous les cas.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, M. Sieur nous dit que le liquide céphalo-rachidien était normal ou que sa cytologie révélait une polynucléose, sans qu'on puisse tirer de cette constatation un élément de pronostic. Je crois qu'on peut aller plus loin encore; il ne faut pas attribuer à l'état du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire une importance *absolue*. J'ai maintes fois insisté sur la valeur séméiologique de la ponction lombaire, mais elle peut-être mise en défaut. Exemple : J'ai vu dans mon service un malade qui était amené avec tous les signes d'une méningite consécutive à une otite suppurée, la ponction lombaire révéla un liquide clair; la cytologie et les cultures faites par M. Mauté furent négatives; le malade succomba. A l'autopsie, méningite suppurée avec oblitération de l'espace sous-arachnoïdien au niveau du bulbe.

Au point de vue des suppurations microbiennnes de l'espace sous-arachnoïdien, dites méningites suppurées, la gravité de la constatation du pus dans les méninges spinales, par ponction lombaire n'est pas discutable; il ne faut pas cependant en déduire un pronostic absolument fatal. Nous avons publié M. Mauté et moi dans la *Tribune médicale*, 1905, n° 51, p. 806, l'histoire d'un homme qui, à la suite d'une plaie de tête suturée, conserva une suppuration pendant un mois, puis fut pris d'accidents méningés, longtemps après, 30 janvier 1905. Trépanation le 3 février. Je trouve une simple esquille nécrosée; nouveaux accidents le 24 mars suivant, avec tous les signes d'une méningite. Incision de la tuméfaction : il sort du pus, le cerveau fait hernie à travers les lèvres de la plaie; *la ponction lombaire permet de retirer 5 centimètres cubes d'un liquide purulent* que l'examen microscopique démontre composé surtout d'éléments polynucléaires. Le liquide ensemencé sur milieux usuels donnait naissance à des *colonies de staphylocoques*. Deux autres ponctions à trois jours d'intervalle donnèrent

issue à un liquide de même composition. Le malade était guéri le 25 mai suivant; je l'ai revu depuis; à part des accès d'épilepsie assez fréquents, il n'avait aucune trace de sa méningite traumatique suppurée guérie spontanément. Il semble donc que les suppurations des séreuses qui peuvent guérir dans le péritoine, la plèvre et les articulations, sans intervention, soient susceptibles de la même évolution dans l'espace sous-arachnoïdien.

— Les conclusions du rapport de M. Sieur, mises aux voix, sont adoptées.

Sur deux observations d'invagination intestinale chez le nouveau-né, communiquées par M. le Dr GUIBÉ, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. E. KIRMISSON.

Le Dr Guibé, chirurgien des hôpitaux, nous a communiqué deux faits d'invagination intestinale chez le nouveau-né, dont je viens vous rendre compte brièvement.

Le 18 août 1908, le Dr Guibé était appelé comme chirurgien de garde à voir à l'hôpital Bretonneau une petite fille de quatre mois, qui présentait des symptômes d'invagination intestinale.

Il était 10 heures du soir environ ; le début des accidents remontait à 2 heures de l'après-midi, soit huit heures de durée. Comme symptômes, l'enfant présentait des vomissements, et il avait rendu par l'anus quelques glaires sanguinolentes.

L'état général restait satisfaisant. Le ventre, souple et dépressible, ne permettait pas de reconnaître le boudin caractéristique de l'invagination; le toucher rectal était également négatif. M. Guibé intervint immédiatement. Une laparotomie médiane lui permit de reconnaître, au-dessous du foie, une tumeur constituée par une invagination iléo-colique de petite dimension; la désinvagination fut très facile, et la petite malade guérit facilement de cette intervention.

Tout autre, malheureusement, fut le résultat dans la seconde observation de M. Guibé.

Il s'agissait ici d'un garçon de sept mois, nourri au sein par sa mère et présentant un excellent état de santé générale. Le début des accidents remontait au 30 mai 1902, à 2 heures de l'après-midi, et ce fut seulement le lendemain 31, à 2 heures, soit au bout de vingt-quatre heures, que put être pratiquée l'intervention. Comme le précédent, cet enfant eut des vomissements et des selles muco-sanguinolentes. Par palpation, on sentait un boudin d'invagination au niveau de la partie supérieure gauche de l'abdomen;

par le toucher rectal, on arrivait à sentir l'extrémité de la tumeur, ce qui indiquait une invagination beaucoup plus étendue que chez la première petite malade.

Ici encore, laparotomie médiane. On atteint le boudin invaginé, qui commence un peu à droite de la ligne médiane et se prolonge jusque dans l'S iliaque, mesurant une longueur de 10 centimètres. La gaine paraît normale; au niveau du collet d'invagination, on voit l'intestin grêle s'enfoncer dans le gros intestin, et, à côté de lui, l'appendice très rouge et congestionné. On réussit à obtenir la désinvagination avec rupture légère de la séreuse. Toutefois, l'intestin invaginé paraissant sain, on n'eut pas à faire de résection. On se contenta d'enlever l'appendice en enfouissant le moignon. L'opération fut bien supportée; le lendemain, le petit malade allait bien; mais il succomba le surlendemain, 2 juin, sans que M. Guibé ait pu connaître la cause exacte de la mort.

Depuis longtemps, cette question de l'invagination intestinale chez l'enfant est l'objet de mes préoccupations. Je suis douloureusement affecté de voir les résultats déplorables qu'elle nous donne dans les hôpitaux de Paris, alors qu'à l'étranger, en Angleterre surtout, elle fournit à nos collègues d'heureux succès. Soit à cette tribune, soit à l'Académie de médecine, soit dans mes leçons cliniques, dont plusieurs ont été publiées, je m'efforce de vulgariser les notions cliniques relatives à cette question. En 1904, j'ai inspiré le rapport de mon élève et ami Griel, au Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Rouen, qui nous a fourni des documents du plus haut intérêt.

Depuis lors, les communications sur le même sujet, en Angleterre surtout, ne se sont pas ralenties. Je citerai comme l'une des plus intéressantes celle de Clubbe (1), portant sur 100 cas de laparotomie pour invagination intestinale chez les enfants. Les 50 premiers cas portant sur une période de plus de sept années, de 1893 à 1901, ont fourni 25 décès, soit 50 p. 100, tandis que, dans une seconde période comprenant trois ans et demi, il y a eu 38 guérisons et 12 décès, soit 24 p. 100. Cela tient, dit l'auteur, à ce que le début de la maladie est diagnostiqué plus tôt. Les opérations terminées par la guérison ont été pratiquées en moyenne de 23 à 28 heures après le début des accidents. Les cas de mort remontaient de 48 à 68 heures.

Tout dernièrement, le 24 avril 1911, le Dr Ronghton communiquait à la Société médicale de Londres une série de 14 cas d'inva-

(1) Clubbe. One hundred consecutive laparotomie for intussusception in children. *The British med. Journal*, 17 juin 1905.

gination intestinale chez le nouveau-né qui lui ont fourni 14 succès. Le plus âgé des petits malades avait douze mois, et le plus jeune quatre mois. Tous les cas furent opérés d'une manière précoce sans avoir subi aucun autre mode de traitement.

Comme tous les chirurgiens, le Dr Ronghton insiste sur l'importance du signe donné par Cruveilhier, l'évacuation de glaires sanguinolentes par l'anus. C'est un signe qui ne fait presque jamais défaut. Toutefois l'année dernière, sur un enfant opéré par mon chef de clinique M. Gane, l'écoulement du sang par l'anus ne s'était pas montré, et dans ce cas l'opération, qui du reste fut tardive et suivie de mort, montra qu'on avait affaire à une invagination ascendante se faisant du gros intestin vers l'estomac. Je me demande si le sens de l'invagination n'est pas en rapport avec la présence ou l'absence de sang dans les matières évacuées par l'anus. On comprend, en effet, que dans le cas d'invagination ascendante, le sang exsudé au niveau du boudin d'invagination ait moins de tendance à tomber dans le bout supérieur de l'intestin. Je ne voudrais pas, d'après un fait unique, bâtir une théorie, c'est à l'avenir qu'il appartiendra de dire si le signe que je note ici présente une réelle importance.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que, pour tout médecin averti, le diagnostic de l'invagination intestinale chez les jeunes enfants ne présente pas de difficultés particulières. Il est donc à espérer qu'ici, comme pour l'étranglement herniaire, comme pour l'appendicite aiguë, l'éducation des praticiens se fera peu à peu, et qu'ainsi, appelés en temps utile, les chirurgiens français pourront dans l'avenir enregistrer les mêmes résultats heureux que leurs collègues étrangers. Sans doute, le moment de l'intervention n'est pas le seul facteur qui intervienne pour le pronostic, mais on peut dire sans aucune exagération que c'est là le facteur principal. Les deux observations de M. Guibé parlent hautement dans ce sens ; la première opération pratiquée au bout de huit heures a été couronnée de succès, tandis que, dans le second cas, l'intervention faite vingt-quatre heures seulement après le début de la maladie s'est terminée par la mort du petit malade.

Je vous propose donc, Messieurs, d'adresser nos remerciements à l'auteur pour son instructive communication.

Depuis que ce rapport est rédigé, j'ai eu l'occasion d'observer un nouveau cas qui vient s'ajouter au martyrologe de l'invagination intestinale. Il s'agit d'une belle petite fille de 11 mois qui, venue dans mon service cinquante-six heures après le début des accidents, a été opérée par mon chef de clinique M. Gane; la désinvagination a été des plus faciles, mais l'enfant a succombé, au bout de vingt-quatre heures, à la septicémie, comme il arrive

trop souvent en pareil cas. Prise des premiers symptômes le lundi à deux heures du matin, l'enfant avait rendu à six heures du soir du sang en grande quantité par l'anus. Et, chose importante à relever, l'enfant a été suivie très attentivement par le médecin, qui l'a visitée deux fois le lundi, trois fois le mardi, sans pouvoir arriver à fixer le diagnostic. Ce qui fait pour les praticiens la seule difficulté, c'est la rareté même de l'invagination. Beaucoup d'entre eux n'en ont point observé, aussi ne saurions-nous trop souvent revenir sur le sujet, dans l'espoir de diffuser les notions qui s'y rapportent.

Discussion.

M. Savariaud. — La précocité du diagnostic et la promptitude du secours chirurgical ont évidemment une grande influence sur le résultat. Toutefois il faut tenir le plus grand compte de la marche de l'affection. Il y a longtemps qu'on a comparé l'invagination à la hernie étranglée. De même que dans la hernie, l'étranglement peut être plus ou moins serré. Ordinairement, comme dans les faits visés par M. Kirmisson, l'étranglement est aigu. Les accidents marchent alors avec une rapidité extrême. Le fait de M. Guibé qui est intervenu au bout de vingt-quatre heures montre combien ces accidents marchent vite. Dans d'autres cas où l'affection est chronique, ou tout au moins subaiguë, le succès peut être obtenu au bout d'un temps parfois très long. C'est ainsi que les choses se sont passées dans un fait que j'ai rapporté récemment à la Société de Pédiatrie.

Relativement à la symptomatologie, M. le professeur Kirmisson a bien fait d'insister sur la fréquence des évacuations glairo-sanguinolentes, et de montrer que ces évacuations manquent dans l'invagination ascendante. Il est un autre cas où l'écoulement sanguinolent manque, c'est dans l'étranglement subaigu ou chronique. Dans le fait plus haut cité, le diagnostic resta en suspens pendant quelque temps justement parce qu'il manquait ce que M. Kirmisson a appelé très justement le signe de Cruveilhier.

M. Broca. — M. Savariaud nous parle d'invagination chronique. Distinguons. L'enfant auquel il fait allusion avait, je crois, sept ans; il appartenait donc à la seconde enfance. C'est classique. Mais chez les nourrissons dont nous parlons avec M. Kirmisson, on n'observe que des invaginations aiguës.

Une fois seulement, fait tout à fait exceptionnel, j'ai observé une invagination à marche lente chez un tout jeune enfant.

M. Launay. — Je veux simplement apporter un fait au sujet de

l'absence des glaires sanguinolentes et de la théorie de M. Kirmisson. J'ai récemment observé un petit malade de deux ans et demi qui n'avait pas eu de glaires sanguinolentes d'une façon absolument certaine, bien que, comme l'a montré l'opération, l'invagination se soit faite dans le sens descendant. Il y avait au collier de l'invagination une torsion de l'anse invaginé avec gangrène du boudin invaginé, et les accidents dataient de quarante-huit heures.

M. Kirmisson. — Je remercie ceux de nos collègues qui ont bien voulu prendre la parole à l'occasion de mon rapport.

A M. Launay, je ferai observer que ce que j'ai dit sur l'écoulement sanguin par l'anus en rapport avec le sens de l'invagination n'a rien d'absolu. C'est une idée *a priori* que j'émets à ce sujet; je me garderais bien de baser une théorie sur un fait unique. C'est à l'avenir qu'il appartiendra de dire ce qu'il y a de vrai dans ma supposition.

Avec M. Broca, je ferai remarquer à M. Savariaud qu'il faut soigneusement distinguer l'invagination intestinale du nourrisson et celle de la deuxième enfance. C'est surtout chez les enfants plus âgés qu'on rencontre l'invagination chronique. Chez le nourrisson, l'invagination a le plus habituellement une marche aiguë; une invagination de vingt quatre heures est déjà ancienne, et toutes les statistiques démontrent que c'est dans les douze premières heures que les plus beaux succès ont été obtenus.

— Les conclusions du rapport de M. Kirmisson, mises aux voix, sont adoptées.

Présentations de malades.

Ablation des tumeurs bénignes du sein par une incision aréolaire.

M. H. Morestin. — J'ai depuis dix ans bien souvent insisté sur l'emploi des procédés esthétiques, des incisions dissimulées, dans une foule de circonstances et notamment dans l'extirpation des tumeurs bénignes du sein chez les femmes jeunes. Permettez-moi d'y revenir encore aujourd'hui en vous présentant deux de mes malades récemment opérées.

Habituellement, vous le savez, je procède à l'ablation des adénomes du sein à l'aide d'une boutonnière de faible étendue placée au plus profond de l'aisselle, dans le territoire pileux, et l'on peut dire que l'on obtient de cette manière un résultat absolument idéal, attendu qu'il est vraiment impossible de retrouver la

moindre trace de l'opération subie. On peut néanmoins recourir à une autre technique, moins parfaite, mais susceptible aussi de donner de bons résultats et particulièrement applicable à certains cas; une incision curviligne, placée dans le territoire pigmenté aréolaire, ne laisse que des traces faiblement apparentes, et même insignifiantes quand l'aréole est assez étendue et d'une coloration foncée.

La création d'un tunnel sous-cutané conduisant sur la tumeur, la libération et l'extirpation de celle-ci, les précautions relatives au drainage et à la réunion de la plaie, ne diffèrent point des manœuvres utilisées dans l'ablation par la voie axillaire; seul diffère le siège de la boutonnière d'accès.

Depuis longtemps j'ai recours à l'incision aréolaire pour le traitement des abcès du sein (*Soc. anatomique*, 1907). En 1909, je l'ai utilisée pour enlever un adénome du sein chez une malade à laquelle répugnait l'incision axillaire. La même méfiance injustifiée de la part des intéressées m'a conduit à employer l'incision aréolaire chez les deux jeunes femmes que voici.

Chez l'une, la mamelle droite présentait trois masses arrondies, mobiles, indolentes et de consistance très ferme, évoluant depuis plusieurs années, sans retentissement sur l'état général. De ces trois tumeurs présentant, comme on le voit, tous les caractères des néoplasmes bénins, l'une occupait la partie supérieure du sein, l'autre la partie inférieure et la dernière la partie externe, juxta-axillaire.

L'opération eut lieu le 18 juin dernier. Je traçai à la partie inférieure de l'aréole une incision en croissant, côtoyant la limite de l'aréole, et présentant une étendue de quatre centimètres. Après avoir traversé les téguments et le muscle sous-aréolaire, je creusai successivement trois tunnels dans la direction des trois tumeurs, en commençant par l'inférieure qui était la plus volumineuse, la mieux détachée et la plus dure.

L'extirpation des deux premières fut très simple, car elles se laissèrent énucleer sans la moindre difficulté, une fois leur loge ouverte.

Pour la troisième, celle qui siégeait au côté externe du sein, l'intervention devint un peu plus délicate. Il s'agissait, en effet, d'un kyste, dont la paroi se rompit pendant les manœuvres de libération.

Pour être sûr d'extirper la poche en totalité, je dus réséquer le segment de glande mammaire qui la supportait et où elle était en grande partie plongée. Il fallut procéder ensuite à une hémostase soignée par la suture des deux tranches de section de la glande qui saignaient assez abondamment. Malgré l'exigüité de l'incision,

je pus mener à bien cette hémostase en attirant successivement dans la plaie les parties divisées et saignantes et en m'aidant d'écarteurs étroits et minces. Je laissai finalement un drain en gouttière et réunis la plaie avec des fils extrêmement fins. A l'endroit où passait le drain, je laissai des fils non serrés, qui furent noués seulement le lendemain, quand tout suintement sanguin eut cessé et que le drain devenu inutile put être retiré.

Les suites furent des plus heureuses, puisque aujourd'hui,



5 juillet, l'opérée est complètement guérie, ne porte aucun pansement et peut s'habiller comme à l'ordinaire. Une petite ligne cicatricielle, destinée sans doute à s'estomper rapidement, est la seule trace de l'intervention, et cette ligne courbe, entièrement comprise dans le territoire pigmenté de l'aréole, peut être considérée comme à peu près complètement dissimulée.

Chez l'autre malade, le cas était plus simple; la tumeur unique siégeait à la partie supérieure et interne de la mamelle. Son volume était très faible, comparable à celui d'une noisette. Au reste, par sa mobilité, sa consistance, sa lente évolution chez une femme encore toute jeune, elle offrait, elle aussi, les caractères habituels des adéno-fibromes. Un point seulement est à noter dans l'histoire de la malade. Elle était atteinte en même temps de kystes dermoïdes des deux ovaires. J'ai fait il y a quelques semaines l'ablation de ces kystes, dont l'un, à la suite d'une torsion

ancienne, s'était isolé de l'utérus et ne vivait que par des adhérences avec le grand épiploon et quelques tractus l'unissant encore à la trompe, et dont l'autre était multiloculaire et très volumineux.

La semaine dernière, il y a exactement sept jours, j'ai extirpé la tumeur du sein. Une petite incision curviligne de 3 centimètres fut tracée dans l'aréole, à la partie interne de celle-ci. En peu d'instants, je décollai les téguments de bas en haut jusqu'au niveau de la tumeur. Saisissant celle-ci à travers la peau, avec les doigts de la main gauche, et la présentant aux ciseaux introduits par la plaie, je n'eus pas de peine à l'isoler, et une pince à traction remplaçant les ciseaux la ramena presque aussitôt, enlevée en totalité. Je réunis, comme toujours dans ces sortes d'interventions, à l'aide de fils très fins, dont les derniers ne furent serrés que le lendemain, après enlèvement d'un petit drain que j'avais cru devoir laisser par prudence.

J'ai retiré les fils aujourd'hui même, et la guérison est si complète que j'ai supprimé tout pansement. La mamelle est partout indolente et souple, et la malade s'est rétablie si vite qu'elle a pu passer la soirée d'hier au théâtre. Ici encore la cicatrice sera à peu près invisible, sinon complètement dissimulée.

Si la trace de l'intervention n'est pas aussi sûrement cachée que dans le procédé axillaire, il n'en est pas moins vrai que l'incision aréolaire constitue une excellente ressource et permet de mener à bien des interventions relativement étendues et complexes, en laissant une marque peu visible, ou même insignifiante et inappréciable. Naturellement, elle est indiquée surtout chez les femmes dont l'aréole est pigmentée et assez étendue. Il y aurait lieu d'y avoir recours principalement dans les cas de tumeurs siégeant tout à fait en dedans de la mamelle ou de tumeurs multiples, et particulièrement de kystes.

En tout cas, on ne saurait trop répéter que des incisions dissimulées permettent l'ablation esthétique de toutes les tumeurs bénignes du sein, sans aucune exception, et qu'il serait temps de renoncer à l'incision directe, dont la trace, chez une jeune fille ou une jeune femme, est toujours choquante et constitue même, parfois, ce n'est pas trop dire, une véritable mutilation.

Tumeur gazeuse du cou.

M. Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux, présente un malade atteint de *tumeur gazeuse du cou*, opéré et guéri.

La présentation de M. Pierre Duval est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Ombrédanne est nommé rapporteur.

Présentation de pièces.

Examen histologique des enveloppes d'un anévrisme aortique.

M. MOTY. — J'ai eu l'honneur de vous présenter, à la séance du 5 avril 1905, un malade de trente-neuf ans atteint d'anévrisme thoracique volumineux et, deux mois plus tard, le 31 mai, les pièces anatomo-pathologiques correspondantes. Voici les résultats de l'analyse histologique de la paroi anévrismale qu'a bien voulu faire M. le Dr Darier et qu'il a consignés dans la note ci-après :



« Les coupes les plus intéressantes sont celles qui portent sur la limite du sac anévrismal et de l'aorte non dilatée; on y constate 1° que l'endartère condensée et fibreuse est recouverte au niveau de l'anévrisme d'épaisses stratifications fibrineuses tout à fait adhérentes et sans limites nettes; 2° que la tunique moyenne, réduite à un trousseau élastique d'un millimètre d'épaisseur dans la partie non dilatée, s'effile et disparaît dans la paroi anévrismale, où l'on ne retrouve à sa place que quelques tronçons élastiques ou des portions minimes de lames élastiques, quelques fibres musculaires dégénérées paraissant vésiculeuses et probablement graisseuses et du tissu fibreux. Dans cette tunique moyenne ainsi transformée apparaissent des vaisseaux sanguins de nouvelle formation, dépourvus de toute paroi élastique; on y rencontre aussi quelques traînées de cellules lymphoïdes analogues à celles qui seront signalées plus loin dans l'adventice, mais très effilées et allongées parallèlement à la paroi aortique, quel-

ques amas très rares de cellules plasmatiques, enfin des amas de pigment sanguin, reliquats d'hémorragies interstitielles phagocytés par des macrophages.

« L'adventice a une structure et des connexions singulières difficiles à interpréter. On y trouve des artères saines d'assez fort calibre, des veines rétrécies très notablement par endophlébite et quelques nerfs.

« En outre, toute cette partie externe de la paroi vasculaire est parcourue par des traînées ou boyaux cellulaires renflés ou bosselés, quelquefois ramifiés, que l'on prendrait à première vue pour des amas gommeux; mais on remarque bientôt qu'ils sont pour la plupart renfermés dans des cavités préformées; par endroits, ils débordent en dehors, mais souvent ils restent nettement limités par une paroi. On pourrait les considérer comme le résultat d'une lymphangite, mais la paroi qui les limite est revêtue par places d'un endothélium gonflé, disposé en palissade, comme le serait celui de la plèvre ou du péricarde en état d'inflammation; de plus, les cellules constituantes de ces amas sont exclusivement et purement des lymphocytes; enfin, au milieu des amas leucocytaires, on trouve quelques corpuscules de Hassale.

« On doit donc conclure : 1° qu'il s'agit d'un anévrisme ayant la structure classique des anévrismes syphilitiques; 2° que cet anévrisme confine par sa paroi externe à une séreuse partiellement oblitérée et soit à des débris de thymus, soit à des néoformations lymphomateuses qui peut-être existaient dans d'autres points de l'organisme; 3° que rien dans la constitution des lésions ne permet, dans le cas actuel pas plus que dans d'autres, d'affirmer l'étiologie syphilitique de cet anévrisme. »

La figure ci-contre donne une idée d'ensemble des aspects présentés sur ses différents points par une coupe perpendiculaire à l'endartère et provenant des confins du sac et de l'aorte; sa partie inférieure correspond à l'adventice; le dessin montre de haut en bas : la tunique interne, T. int; la moyenne, T. mo; deux lignes d'épithélium pavimenteux, p, p′, représentant sans doute deux feuillets péricardiques adhérents; des amas de cellules lymphoïdes plus ou moins limités, Thy, paraissant provenir du thymus incorporé dans la paroi du sac. On n'a pas trouvé de tréponèmes. Il est bon de rappeler que l'origine de l'anévrisme se trouvait entre le cœur et la naissance de la sous-clavière gauche.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1911

Présidence de M. Jalaguier.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Jacob s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une brochure imprimée de M. René Ledent (d'Anvers), intitulé : *Les traumatismes du coude. Massage et mobilisation.*

4°. — Un travail de M. Hache (du Caire), membre correspondant, intitulée : *L'arthrodèse tibio-péronéo-tarsienne comme traitement préventif des déviations du pied après les ostéomyélites graves du tibia* (voir p. 973).

A propos de la correspondance.

L'arthrodèse tibio-péronéo-tarsienne comme traitement préventif des déviations du pied après les ostéomyélites graves du tibia,

par M. Maurice Hache (du Caire), membre correspondant.

A propos de la très intéressante observation de reconstitution du tibia par greffes osseuses intra-ganuleuses présentée par M. Poncet à la séance du 14 juin, je désire attirer l'attention de

la Société sur la question des déviations du pied, consécutives aux troubles de croissance du tibia après l'ostéomyélite et sur le moyen de les prévenir.

Dans une communication au Congrès de la Faculté de Beyrouth, en 1908, et dans un article publié dans *La Clinique*, du 8 janvier 1909, j'ai établi la fréquence des troubles de développement du tibia après les ostéomyélites graves — 14 fois sur 16 opérés en voie de croissance — et leur influence sur la statique du pied, qui se renverse très fréquemment en varus par suite de l'allongement insuffisant du tibia par rapport au péroné.

L'existence, le degré et le sens même de cette déviation du pied dépendent de facteurs multiples qui ne peuvent être déterminés au moment où l'on intervient pour l'ostéomyélite.

Lors même que cette déviation s'est produite, sa correction chirurgicale constitue un problème difficile à résoudre tant que le sujet n'a pas achevé sa croissance, et pourtant le trouble fonctionnel peut être assez prononcé pour l'imposer plus tôt. Une résection diaphysaire du péroné rétablissant simplement l'équilibre, a toute chance de se trouver plus tard insuffisante et de rendre une nouvelle intervention nécessaire, et une hypercorrection, comme l'a proposé Broca, serait difficile à mesurer et très aléatoire, le tibia pouvant quelquefois présenter une poussée de croissance inattendue, comme j'en ai observé un exemple.

La destruction préventive des épiphyses du péroné est condamnée par l'incertitude signalée plus haut, et dans l'état actuel de nos connaissances, je ne vois aucun moyen de ralentir la croissance du péroné pour l'adapter exactement à celle du tibia.

Lors de la rédaction de mon article de 1909, je n'avais trouvé à proposer que la résection de l'épiphyse supérieur du péroné (la moins active), que j'ai pratiquée deux fois, ou l'application de la fine pointe du thermocautère dans les deux cartilages épiphysaires que j'ai faite une fois dans l'intention d'en ralentir un peu l'activité, procédé aussi insuffisant que peu précis.

J'avais noté pourtant chez un de mes opérés qu'une ankylose tibio-tarsienne avait conservé au pied un bon aplomb malgré une différence de 2 centimètres entre les dimensions respectives normales du tibia et du péroné, différence suffisante quand cette articulation est mobile pour déterminer un varus appréciable. Mais ce fait m'avait simplement fait considérer la raideur tibio-tarsienne comme un élément d'atténuation du renversement latéral du pied.

La lecture de l'observation de M. Poncet et l'examen de l'image radiographique reproduite par la figure 5 de son mémoire me paraissent une preuve éclatante, que l'ankylose tibio-tarsienne est

le plus puissant obstacle qu'on puisse opposer à la déviation du pied.

Chez ce malade, en effet, le péroné solidement fixé en bas s'est courbé en arc contre le tibia trop court, après s'être luxé en haut de ce qu'il a pu et n'a atteint qu'une longueur de 30 centimètres, tandis que son congénère en mesure 35. Le pied est resté parfaitement d'aplomb, aussi, malgré une différence de 9 centimètres entre le tibia touché et celui du côté sain, ce sujet non seulement ne présente aucune claudication, mais fait preuve d'une agilité et d'une endurance à la marche et à la course supérieures à la moyenne.

Tout en tenant compte, avec M. Poncet, du facteur individuel d'énergie et d'adresse, qui a rendu ici si complète l'atténuation de cette difformité, la comparaison avec les déviations que j'ai relevées pour des raccourcissements du tibia dépassant 3 centimètres avec développement normal du péroné ne permet pas de douter que l'ankylose tibio-tarsienne n'ait été le principal élément de ce beau résultat.

Voilà donc résolue la question du traitement prophylactique des déviations du pied par développement irrégulier des deux os de la jambe.

Chez les jeunes sujets, dans tous les cas d'ostéomyélite grave compromettant l'accroissement en longueur du tibia, une fois les phénomènes infectieux disparus et à la période où la greffe osseuse peut se trouver indiquée, il faut pratiquer l'arthrodèse péronéo-tibio-tarsienne qui met le malade à l'abri de toute déviation ultérieure du pied sans inconvénient sérieux, les articulations médio-tarsiennes suppléant facilement à cet âge à l'articulation supprimée, comme le cas de M. Poncet en est un frappant exemple.

Quand la déformation s'est déjà produite, la même opération ajoutée à une résection suffisante pour le redressement immédiat permet d'obtenir, par une seule intervention, la guérison définitive, quel que soit l'âge du sujet.

L'inconvénient que présente le développement exagéré du péroné par en haut se réduit à une subluxation plus ou moins disgracieuse, mais incapable de nuire à l'équilibre du genou. On pourra toujours attendre la fin de la croissance du sujet pour la corriger si c'est nécessaire par une intervention très simple.

Dans l'observation de M. Poncet, faut-il attribuer à la poussée du péroné la déviation en dedans que présente la partie supérieure du tibia et le léger genu valgum qui en résulte? « On dirait volontiers, dit l'auteur, que le péroné a repoussé le plateau tibial. »

M. Poncet me permettra de différer d'opinion avec lui sur ce point très accessoire de son intéressante observation ; je crois que

la moindre poussée vers le haut doit subluxer le péroné de sa facette tibiale avant qu'il ne puisse dévier un os si résistant par rapport à lui. Chez le malade de M. Poncet, l'épiphyse supérieure du tibia est restée plusieurs semaines isolée de tout support diaphysaire et la légère inclinaison que l'on constate aujourd'hui a pu se produire avant la prise de la greffe. Une radiographie montrant une consolidation rectiligne primitive aurait seule permis de rendre le péroné responsable de cette déviation, et la radiographie n'existait pas à cette époque.

Le péroné fût-il capable de la produire, du reste, que ce serait bien peu de chose à côté des désordres que détermine dans l'articulation tibio-tarsienne son accroissement exagéré par en bas.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les plaies pénétrantes de poitrine.

M. Picqué. — J'ai peut-être dépassé la pensée de notre collègue Tuffier dans ma récente réponse sur les plaies de poitrine, quand j'ai dit que toujours il se rendait dans son service pour les opérations d'urgence. En effet, en me reportant à son texte, je lis expressément ceci : « J'ai l'habitude de me rendre dans mon service toutes les fois qu'un accident nécessite une opération d'urgence, *sauf impossibilité de ma part.* »

Il m'a paru équitable et nécessaire de faire cette petite rectification à propos du procès-verbal de la dernière séance.

Méningite séreuse à streptocoques consécutive à une mastoïdite droite ; diagnostic vérifié par la ponction lombaire ; guérison.

M. E. Kirmisson. — Dans notre dernière séance, à propos du rapport présenté par M. Sieur sur certaines méningites qui, bien que de nature microbienne, conservent la forme séreuse et se terminent par la guérison, j'ai cité un fait de cet ordre observé récemment dans mon service. Je demande aujourd'hui à en préciser les détails. Il s'agit d'un petit garçon de trois ans et demi, entré dans mon service le 12 mai dernier pour une mastoïdite du côté droit consécutive à une angine. Mon chef de clinique, le Dr Gasne, pratiqua chez lui la trépanation de l'apophyse mastoïde au moment même de son entrée.

Tout alla bien d'abord; mais le dimanche 14 mai, le petit malade présenta, à quatre heures, un premier vomissement; à cinq heures, il en eut un second. En même temps, il est somnolent, il est constipé.

Il crie pendant la nuit; le lendemain, 15 mai, nouveau vomissement; l'enfant est toujours somnolent; il présente un peu de raideur de la nuque et de l'inégalité pupillaire; bref, des signes certains de méningite. La température s'élève à 39°3. Ce même jour, on pratique la ponction lombaire, qui donne issue à un liquide céphalo-rachidien légèrement trouble, renfermant dans son intérieur du streptocoque en petite quantité, comme en présentait le pus provenant de la mastoïdite. Les cultures ont poussé avec une faible activité, donnant lieu à des cultures en nappe, et non à des colonies isolées.

La température est restée élevée jusqu'au 18; l'enfant n'a plus de vomissements, mais il est toujours constipé. La figure est grimaçante; le petit malade tord la bouche et se mord les lèvres. Cet état se prolonge jusqu'au 21 mai. A partir de ce moment, la température revient à la normale, l'état va en s'améliorant et l'enfant quitte l'hôpital, complètement guéri, le 29 mai.

Voilà donc un fait du même ordre que ceux cités par M. Sieur, dans lequel la méningite, bien que sa nature microbienne ait été vérifiée par l'examen bactériologique, est restée séreuse et s'est terminée par la guérison.

Sur les kystes du pancréas.

M. Ombrédanne. — J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des kystes du pancréas, alors que j'étais assistant de M. Nélaton.

La première observation est superposable à un certain nombre de celles qui ont été versées à ces débats, et ne présente qu'un intérêt relatif.

La seconde, au contraire, m'a paru plus intéressante.

Obs. I. — La malade, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis en novembre 1905.

Elle présente une tumeur de l'hypochondre gauche qui soulève les fausses côtes. Elle est ronde, lisse, fluctuante, indolore spontanément et à la pression.

Son volume paraît pouvoir être comparé à celui d'une tête d'enfant.

A droite, elle déborde la ligne médiane de deux travers de doigt; à gauche, elle s'étend jusqu'à la ligne axillaire; en bas, elle descend à

deux travers de doigt au-dessous de la transversale de l'ombilic; en haut, elle se perd sous le rebord costal.

Elle est mate à la percussion ; on cherche vainement au-dessus d'elle la sonorité colique et gastrique. L'estomac n'a pas subi l'épreuve de la distension.

On porte le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Intervention le 17 novembre 1905. — Laparotomie para-médiane gauche, commençant à l'appendice xiphoïde, aboutissant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On arrive sur un plan épiploïque dont les veines sont énormément dilatées. Dans une zone étroite relativement avasculaire, on effondre cet épiploon ; on atteint la paroi du kyste, bleuâtre.

On constate alors que la face profonde de cette lame épiploïque qui est l'épiploon gastro-hépatique couvre le tiers supérieur du kyste en y adhérant intimement et présente à ce niveau une assez grande épaisseur et un aspect jaune et graisseux.

On ponctionne le kyste. Il en sort environ quatre litres d'un liquide hématique, couleur chocolat, de consistance sirupeuse.

Lorsque l'aspiration a cessé d'agir, on agrandit l'ouverture et on assèche la poche avec des compresses montées. Ces compresses ramènent quelques plaques de fibrine de couleur chocolat.

On examine les connexions de la poche pour voir s'il est possible de l'extirper. Tirant sur ses parois, comme pour les extraire de l'abdomen, on voit apparaître en haut une bride d'adhérence lamellaire qui l'unit à la face antérieure de l'estomac; cette bride est sectionnée.

Le kyste débordait donc cette face gastrique et la recouvrait en avant, complètement.

On tire ensuite vers le côté droit; on voit que la rate adhère largement à la poche, sur tout son quadrant supérieur et externe.

On tire à gauche : on amène hors du ventre la queue du pancréas, plaquée contre la partie antérieure droite du kyste.

Le côlon transverse est au-dessous de la tumeur et n'y adhère pas.

Il est évidemment impossible d'extraire la paroi kystique.

Je me mets en devoir de réséquer d'abord la paroi antérieure de la poche, sur une surface d'environ trois à quatre travers de doigt de diamètre.

En faisant cette excision, j'ouvre à la partie supérieure du kyste une ou deux veines très volumineuses qui donnent en abondance. J'ai grand'peine à en faire l'hémostase; elles s'arrachent sous l'action des pinces, cèdent sous la striction des catguts. Je constate, entre temps, que ce sont des veines appartenant au pédicule splénique, énormes, de la taille d'un doigt d'enfant, avec, au milieu d'elles, l'artère splénique, grosse comme une plume de corbeau, rectiligne, et qui bat.

Le pédicule splénique passait donc au tiers supérieur du kyste, en avant de lui, entièrement accolé à la poche.

Ce paquet veineux splénique, large de deux travers de doigt, énorme,

turgescent, me donne beaucoup de mal; je dénude, je pince et je lie tous les points qui saignent.

L'hémostase terminée, j'exécute une marsupialisation, en suturant les bords de la poche kystique au péritoine pris en même temps que l'aponévrose.

Je place dans la poche un drain du diamètre d'un verre de lampe. Il existe un peu de suintement sanguin par le drain.

Les suites furent d'abord simples : de la sérosité sanguine surtout par drain, de moins en moins rouge à mesure que le temps passait.

Le 28 novembre, onze jours après l'opération, du liquide séro-purulent sortait par la fistule en abondance; alcalin, il corrodait énergiquement les tégument du voisinage que de la pâte à l'oxyde de zinc protégeait imparfaitement.

Au bout d'un mois, la malade quittait l'hôpital.

Je la revis le 4 mars 1906, quatre mois après l'opération; la fistule coulait toujours.

Elle revint le 20 avril, six semaines plus tard : même état.

Je ne la revis plus que l'année suivante, enfin guérie; la fistule avait mis six mois à se tarir.

Obs. II. — Marie V... entre à l'hôpital Boucicaut le 20 février 1908, salle Gérard Marchant, lit n° 10.

Dans ses antécédents, on ne relève pas de traces de lithiase biliaire. Pas de coliques néphrétiques, pas de manifestation d'arthritisme.

Elle a eu la rougeole à onze ans. Réglée à partit de l'âge de treize ans, elle présenta de seize à dix-neuf ans un degré marqué d'anémie.

Elle se maria à vingt et un ans, eut un enfant à vingt-cinq ans. L'accouchement fut normal.

Il y a trois ans, l'affection actuelle a débuté par des douleurs dans l'hypochondre droit, survenant une demi-heure après le repas, durant une heure à une heure et demie. On porta à ce moment le diagnostic de coliques hépatiques. Pendant deux ans, tout rentra dans l'ordre.

En juin 1907, pendant douze jours, la malade eut une éruption d'urticaire; elle vomissait trois à quatre fois par jour et présenta, dit-elle, une température assez élevée.

A ce moment se produisit de l'ictère qui augmenta progressivement et persista jusqu'au mois de novembre. Les urines étaient noires comme du café, dit la malade; les téguments étaient d'un jaune verdâtre, les matières fécales d'aspect graisseux, blanchâtre, complètement décolorées.

Dans les matières fécales, on trouva à plusieurs reprises des calculs.

La malade présenta pendant ce laps de temps six crises nettes de colique hépatique.

Elle avait un dégoût prononcé des corps gras.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, son ictère est très peu marqué; il a énormément diminué dans les trois dernières semaines.

Mais en même temps apparaissait une tumeur au-dessous du rebord costal droit.

Cette tumeur, indolente, lisse, tendue, est nettement fluctuante. Elle commence à 4 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes et descend à droite de la ligne médiane jusqu'à 2 centimètres plus bas que l'ombilic.

Elle n'est pas mobile avec les mouvements respiratoires.

La malade accuse au niveau de cette tumeur une douleur spontanée, sourde, qui irradie vers le creux épigastrique.

La malade a été examinée très soigneusement par M. Nélaton et par moi : les renseignements sur les pierres éliminées par les selles manquent de netteté. Au contraire, la grande poussée d'urticaire paraît indéniable. M. Nélaton porte le diagnostic de kyste hydatique du foie ayant momentanément comprimé les voies biliaires. C'est là du reste notre commune opinion.

J'interviens le 26 *février* 1908.

Incision de Kehr. — On arrive immédiatement sur la tumeur, arrondie, du volume d'une grosse orange, qui est recouverte d'une formation épiploïque et apparaît bosselée et assez mobile.

Je la repère. Pour cela, j'engage un doigt dans l'hiatus de Winslow; je constate qu'elle est située plus bas, et que l'anse duodénale, aplatie à sa surface, l'encadre en haut, à droite et en bas.

J'incise alors la lame de l'épiploon gastro-duodéno-colique qui la recouvre, et je cherche s'il existe un plan de clivage permettant de l'isoler : du sang coule en abondance en bas et à droite : je n'insiste pas et j'ouvre le kyste.

C'est une poche coupée de brides, dont je sectionne quelques-unes pour pénétrer facilement.

J'introduis des compresses pour l'assécher : elles ramènent trois ou quatre fragments violacés, semblables à des fongosités tuberculeuses.

Malgré cette tentative d'asséchement, du liquide séreux vient toujours de la profondeur.

J'introduis un doigt dans la poche. Je perçois une cavité assez irrégulière, à logettes, sans kystes secondaires. En explorant la partie antérieure de la poche, je sens entre mon index qui est dans le kyste et mon pouce qui est en dehors de la poche, une masse qui est la tête du pancréas. Le doigt intrakystique a, à ce niveau, la sensation d'être au contact d'un épithélioma ulcéré du col utérin : la masse s'effrite et saigne. Du liquide séreux sort toujours.

L'index finit par percevoir à la partie supérieure gauche de la poche un orifice étroit où la pulpe du doigt s'engage, mais qu'elle ne peut franchir. J'y engage un clamp courbe, qui s'enfonce jusqu'aux anneaux sans toucher le fond, soit 20 centimètres.

J'engage alors un doigt dans l'hiatus de Winslow, et je cherche à sentir l'extrémité de mon clamp, par rapport à l'arrière-cavité des épiploons. L'instrument est derrière cette cavité, séparé d'elle par une couche celluleuse, et se dirige en haut et à gauche. C'est une poche en sablier, avec une petite tête encadrée par le duodénum, un corps énorme derrière l'arrière-cavité des épiploons, filant loin à gauche. Il est bien

indiscutable que l'extirpation de la poche est impossible. Je décide de l'aboucher dans le duodénum.

En arrière, le duodénum adhère à la tumeur.

J'incise le duodénum verticalement de 5 centimètres. Un surjet circonférentiel au catgut unit respectivement l'orifice du kyste à l'orifice duodénal.

Un second surjet rabat le duodénum sur le kyste et, séro-séreux, passant dans l'épiploon gastro-duodéno-colique adhérant à la tête du kyste d'une part, prenant le duodénum d'autre part, complète la fermeture. Le dernier point de ce surjet est amarré par prudence à la paroi abdominale, qui est ensuite suturée comme d'ordinaire. Je laisse un petit drain à travers la paroi. Les suites sont d'abord excellentes. Les gaz passent au bout de vingt-quatre heures, le pouls est bon, l'urine abondante.

Le septième jour, des vomissements surviennent, abondants, tenaces. L'estomac, distendu, se dessine sous la paroi abdominale.

Je soupçonne une compression duodénale qui rendrait ce segment imperméable.

Je fais conduire la malade à la salle d'opération, je rouvre la plaie : je ne trouve rien, pas trace de péritonite.

A la main, je puis faire cheminer des gaz de l'estomac dans le duodénum qui est perméable. Je referme.

L'état de la malade semble s'améliorer le lendemain; mais, dans la soirée, son pouls fléchit, et elle succomba dans la nuit du huitième au neuvième jour.

J'ouvre ici une parenthèse : je ne connaissais pas, à ce moment, les dilatations aiguës de l'estomac par occlusion au niveau de la mésentérique, sur lesquelles Lecène, huit mois plus tard, attirait l'attention dans sa revue générale du *Journal de Chirurgie*, et dont vous vous êtes occupés l'année suivante à l'occasion d'un rapport de M. Reynier sur une observation de Baillet. Pour moi, nul doute que ce ne soit là la cause de la mort de ma malade ; et j'en ai d'autant plus de regret que j'eusse peut-être, par le simple décubitus ventral, pu la sauver.

L'autopsie fut faite par M. Letulle, et son interne m'a remis une note que je transcris ici, et qui est, je crois, la copie du registre d'autopsie.

Autopsie de Marie V... pratiquée le 6 mars 1908 par M. Letulle.

Eviscération totale. Ce qui frappe d'abord, c'est l'augmentation de volume de l'estomac, qui paraît pouvoir contenir trois litres.

Nulle part, on ne relève de traces de péritonite.

Les viscères sont examinés par leur face postérieure. Au-dessous de la veine splénique, on ne trouve nulle trace de pancréas, du moins à l'œil nu. Cette glande paraît être absente.

Les viscères sont examinés ensuite par leur face antérieure. En dévidant les anses grêles, on trouve sous l'épiploon gastro-duodéno-colique une petite cavité grosse comme une noix d'où coule un peu de liquide blanchâtre sans odeur.

L'estomac est incisé suivant sa grande courbure : rien d'anormal sur la muqueuse. Le duodénum est incisé : ulcération bourgeonnante de la

dimension d'une pièce de un franc au niveau de l'ampoule de Vater. On retrouve de la bile écoulée jusque dans le jéjunum, ce qui laisse supposer que le duodénum était resté perméable. L'orifice créé pendant l'opération entre le kyste et la deuxième portion du duodénum est resté largement perméable. Il se trouve situé en avant et au-dessous de l'ampoule de Vater.

On repère et on incise le kyste du pancréas. Il est formé de deux poches communiquant entre elles par un rétrécissement annulaire que le petit doigt ne parvient pas à franchir. Sur les parois du kyste, quelques végétations cancéreuses, surtout dans la poche droite.

Le canal cholédoque est perméable.

Le canal de Wirsung débouche immédiatement au-dessous de la tumeur vatérienne.

En un mot, d'après les résultats fournis par l'autopsie, tout porte à croire à un cancer primitif de l'ampoule de Vater qui aurait, par oblitération momentanée du cholédoque, occasionné cet ictère par rétention observée chez la malade durant quatre mois.

Le tissu cancéreux qui oblitérait le cholédoque tombe à un moment et ce canal redevient perméable. L'ictère disparaît alors. Mais ce cancer vatérien comprimait les canaux excréteurs du pancréas, d'où atrophie chronique de cet organe et sa dégénérescence kystique.

Tel est le compte rendu de l'examen de M. Letulle, auquel était joint un schéma des rapports de l'ampoule du cholédoque et du canal de Wirsung avec l'orifice d'anastomose.

Messieurs, je ne discuterai pas l'explication pathogénique émise dans ce cas par M. Letulle. Elle me paraît, d'ailleurs, la plus vraisemblable; car s'il existait quelques végétations cancéreuses, rares, d'ailleurs, dans la tête du kyste, la très grande majorité de la poche était parfaitement lisse et de tous points semblable aux parois des kystes simples du pancréas. Pourtant, je reconnais qu'il est impossible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cysto-épithéliome primitif de la tête propagé à l'ampoule de Vater.

Maintenant, pourquoi deux poches séparées par un orifice si petit : je l'ignore; la petite portion, la tête de la tumeur, était coupée de tractus; la grande portion était lisse et uniloculaire. Peut-on penser que la petite portion était un canal de Wirsung dilaté ? Je ne le crois pas, car le schéma de M. Letulle représente un petit canal de Wirsung de taille normale, se perdant sur la tête du kyste.

J'ai abouché directement et *d'emblée* le kyste à la portion descendante du duodénum. Je ne crois pas que cette tentative ait encore été faite.

C'est secondairement que Weir a abouché un kyste fistulisé dans le duodénum, comme Kehr et Michon ont abouché secondairement des kystes fistulisés dans l'estomac.

J'ai eu le chagrin de perdre ma malade : est-ce à cause de l'opération que j'ai pratiquée ?

Je ne le crois pas.

Elle a succombé, je vous l'ai montré, du huitième au neuvième jour à des accidents de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

Peut-on admettre qu'à la suite de mon intervention, des manœuvres d'assèchement de la poche kystique en particulier, le kyste ait sécrété dans les jours suivants une quantité de liquide assez considérable pour le distendre et comprimer le duodénum et pour être, par conséquent, la cause déterminante de cette dilatation aiguë ?

C'est peu vraisemblable, puisque l'autopsie faite par M. Letulle a montré que mon orifice de communication entre le kyste et le duodénum était resté largement perméable.

D'autre part, le même procès-verbal faisait mention de l'absence, après le huitième jour, de toute péritonite, pouvant expliquer d'autre manière cette dilatation gastrique.

Je crois avoir eu la mauvaise chance de me heurter à un de ces cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac dont l'origine est encore mal élucidée.

Dès lors, connaissant la durée si longue des fistules pancréatiques consécutives à la marsupialisation, ayant vu moi-même chez ma première malade l'état misérable auquel cette fistulisation la réduisit pendant de longs mois, je persiste à croire que le traitement de choix des kystes du pancréas non énucléables sera leur abouchement *d'emblée* dans le duodénum descendant s'ils siègent à la tête de l'organe, et vers l'angle duodéno-jéjunal, à travers le mésocôlon transverse, s'ils siègent à sa queue.

J'exécuterais certainement encore l'opération dont je viens de vous parler, si je me trouvais dans les mêmes circonstances.

Sur les colites graves.

M. A. Poncet. — En écoutant M. Jacob, je me suis rappelé une thèse, que j'avais inspiré, il y a une vingtaine d'années. Elle a pour titre : *De la pérityphlite et de son traitement*, par le D[r] Joseph Pravaz (Thèse de Lyon), 1888-1889.

A cette époque, on ne connaissait pas, ou assez mal, l'appendicite, on croyait surtout à de la typhlite et à de la pérityphlite. Le cæcum pouvait donc être considéré comme un foyer infectieux, et dans la thèse en question j'ai fait développer cette idée qu'il

fallait alors l'ouvrir, le drainer, en un mot, pratiquer la *cæcostomie.*

C'est, du reste, en partant de la nécessité du drainage de toutes les collections infectieuses, cavitaires naturelles ou autres, qu'à la même époque, je proposais et je pratiquais la première cystotomie sus-pubienne.

Rapports.

Double perforation de l'intestin grêle au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire; opération; suture à la peau de la double perforation; drainage; guérison, par M. EMILE DUVAL.

Interventions secondaires : 1° Section du bout afférent de l'anus artificiel et iléo-sigmoïdostomie; 2° résection de l'anus; réfection de la paroi; guérison, par M. le Dr LAPOINTE.

Rapport de M. LEJARS.

Je tiens à rapporter dès aujourd'hui la belle observation de MM. Lapointe et Emile Duval : les guérisons opératoires des perforations typhiques sont assez rares encore, pour qu'elles vaillent d'être relatées avec détails, et précisément, dans le cas actuel, le succès obtenu s'inscrit à l'actif d'une méthode qui n'est point toute nouvelle, mais qui s'impose de plus en plus à notre attention.

Il convient, du reste, d'insister sans trève sur le traitement opératoire des perforations typhiques; certes, la question a bien changé depuis quinze ans, et, sans reproduire ici la série des travaux et des statistiques, il me suffirait de rappeler notre discussion de 1908, pour montrer le progrès accompli et les raisons d'espérer toujours mieux. Toutefois, si les statistiques successives et globales témoignent d'une réduction indéniable de la mortalité, la pratique individuelle ne laisse pas que d'être parfois assez décourageante, et c'est peut-être une des raisons du pessimisme outré qui règne encore, dans certains milieux médicaux, tout au moins à l'endroit de la curabilité opératoire des péritonites par perforation typhique.

Au lieu de tant discuter, mieux vaudrait agir, c'est-à-dire s'efforcer de poser, aussitôt que possible, le diagnostic de perforation, ou se contenter même, pour intervenir, d'un diagnostic de probabilité, sans attendre les signes de certitude qui seront, trop souvent, ceux d'une infection irrémédiable. Plus encore que dans

les autres formes de péritonites diffuses, la précocité de l'opération n'est-elle pas ici un élément capital?

Mais il y a lieu d'insister aussi sur le mode de l'opération, et c'est le point que M. Emile Duval s'est attaché à mettre en lumière, d'après les résultats du cas personnel qui nous a été communiqué, l'exposé de quelques autres faits inédits et l'analyse critique de la « littérature ».

En présence d'une perforation intestinale, quelle qu'en soit l'origine, on cherche toujours, avant tout, à suturer : telle est la pratique traditionnelle, si l'on peut dire, celle qui paraît s'imposer; on n'y renonce que par contrainte, et l'on tient alors l'intervention pour « manquée » ou presque, et le pronostic pour singulièrement compromis. Ces idées n'ont cessé de régner dans la chirurgie des péritonites typhiques par perforation; on s'est toujours évertué à fermer l'orifice, tout en reconnaissant que la besogne est souvent malaisée et incertaine; on a même préconisé certains procédés spéciaux : greffes épiploïques, greffes intestinales, mésentériques, etc., pour compléter ces réunions insuffisantes et suspectes, et l'on a maintes fois conseillé, suivant une pratique datant des premiers temps de la chirurgie abdominale, de maintenir à la paroi l'anse suturée. Ce n'est que devant l'impossibilité de toute suture, de toute occlusion de l'orifice perforé, que l'on s'est décidé, en désespoir de cause, à le laisser ouvert dans la plaie, à faire l'entérostomie. Or, M. Emile Duval, reprenant et développant l'idée émise et défendue en 1903, par M. Th. Escher (de Trieste), nous présente aujourd'hui l'entérostomie systématique comme le procédé de choix dans le traitement des perforations typhiques.

J'ai appliqué peut-être un des premiers, en France, cet abouchement à la paroi, d'emblée et sans essai de réunion, et je le dis d'autant plus librement que je n'y avais eu aucun mérite, cette façon de faire m'ayant été suggérée par M. le professeur Chantemesse. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, que j'opérai, à l'hôpital Tenon, en 1904, pour une perforation typhique datant de trente-six heures au moins; le malade était soigné dans un des services de médecine et suivi par M. Chantemesse, qui expérimentait alors son sérum antityphique. Les accidents initiaux de la perforation étaient passés à peu près inaperçus, et la situation était des plus graves lorsque j'intervins. M. Chantemesse me conseilla d'aller chercher la perforation et de l'aboucher à la paroi, sans plus; ce qui fut fait. Je trouvai sur l'iléon, à 5 ou 6 centimètres du cæcum, un orifice perforé, laissant passer le bout du petit doigt et qui se fût prêté à une réunion : j'extériorisai l'anse et j'accolai au péritoine pariétal, par quelques

points en U, la zone limitrophe de la perforation ; le liquide sanieux qui remplissait la fosse iliaque et le bassin fut évacué et le péritoine détergé aux compresses. Cela ne dura qu'une dizaine de minutes; mais il était trop tard, et l'opéré succomba dans la nuit.

L'année dernière, M. le professeur Quénu insistait sur les avantages de cette non-réunion, en citant une observation d M. Pierre Duval, qui, elle, s'est terminée par une guérison complète. Chez un enfant de douze ans, opéré *in extremis* à l'hôpital Bretonneau, M. Pierre Duval avait incisé dans la fosse iliaque droite, évacué une assez grande quantité de « bouillon sale », et découvert à 6 centimètre du cæcum une perforation iléale longue de 8 millimètres; l'anse était « comme cartonnée, couverte de fausses membranes »; il l'extériorisa sans aucune suture, et laissa tout autour « trois gros drains et quatre mèches ». Les accidents tombèrent; plus tard, l'anus contre nature fut fermé, et nous reviendrons, dans un instant, sur ce second temps.

L'observation qui nous a été présentée par MM. Lapointe et Duval a été tout aussi heureuse. En voici le premier temps.

R... (Adrien), trente ans, camionneur, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 15 mars 1900, à 4 heures du soir, dans le service de M. le Dr Jacquet.

Ses antécédents n'offrent rien d'intéressant.

L'affection actuelle semble avoir débuté le 1er mars. Dès cette époque, le malade a commencé à souffrir de la tête et à se plaindre de fatigue et de courbature. Pas d'épistaxis, mais insomnie complète. Le 6 mars, il est pris de vomissements et de diarrhée et s'alite le 7.

A partir de cette date, le malade est de plus en plus abattu; la diarrhée et les vomissements persistent. Cependant il vient à pied le 11 mars à la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Antoine, où l'on constate la présence d'albumine dans son urine. On prescrit 3 litres de lait par jour pendant cinq jours, des ventouses sur le thorax, et on lui recommande de revenir à la consultation.

Le dimanche 13 mars, se sentant un peu mieux, le malade se lève, prend place à table, mange de la salade et boit du vin.

Le lendemain, 14 mars, il va à pied à Charenton et rentre chez lui à 6 heures du soir. A ce moment, il ressent brusquement une violente douleur dans le ventre, reste assis sur une chaise, « plié en deux », sans pouvoir se relever, disant qu'il se sent bien malade et qu'il entrera le lendemain à l'hôpital.

Dans la nuit, il eut, suivant sa femme, « plus de vingt selles ».

Le lendemain matin, à 11 heures, son médecin vient le voir, diagnostique une pneumonie et lui conseille d'entrer à l'hôpital. Avant de partir, le malade vomit à plusieurs reprises.

Le 15 mars, à 5 heures du soir, on constate les signes suivants :

Température : 40 degrés; pouls : 106; langue sèche, facies vultueux. Deux ou trois vomissements porracés depuis l'entrée à l'hôpital.

Le ventre est très douloureux à la palpation et contracturé au niveau de la fosse iliaque droite.

On diagnostique une appendicite et on prescrit diète absolue et glace sur le ventre.

Le lendemain, la situation s'est considérablement aggravée, et lorsqu'à 2 heures de l'après-midi, M. Emile Duval examine le malade avec son collègue M. Mairesse, le diagnostic de péritonite ne paraît pas douteux.

Température : 39°5; pouls : 108, non dicrote, régulier et assez bien frappé; respiration rapide et superficielle. Le malade répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose; la voix est cassée, le facies est congestionné, la langue sèche et rôtie; les yeux, hagards et sans expression, sont excavés.

L'examen du ventre montre un météorisme notable; la palpation la plus légère détermine de violentes douleurs, mais la région la plus douloureuse semble être la fosse iliaque droite et surtout, semble-t-il, le point de Mac Burney.

La contracture musculaire est absolue, mais paraît également présenter un maximum assez net à droite.

L'abdomen est sonore dans toutes ses régions, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, qui est mate.

On constate au niveau de l'épigastre quatre ou cinq taches rosées. L'auscultation de la poitrine révèle des râles sibilants disséminés. Le cœur est normal, la rate légèrement augmentée de volume. Les membres inférieurs sont froids et couverts de petits placards cyanotiques.

Il s'agit là, suivant toute vraisemblance, d'une péritonite par perforation au cours d'un typhus ambulatoire, et l'on décide d'intervenir, après avoir injecté au malade un litre de sérum artificiel.

Opération pratiquée par M. Emile Duval, le 16 mars, à 3 heures de l'après-midi, soit quarante-quatre heures après l'apparition des signes révélateurs de la perforation.

Anesthésie douce au mélange de Billroth. L'incision de Roux donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent et stercoral libre, provenant surtout de la fosse iliaque et de la cavité pelvienne. Quelques fausses membranes fibrineuses et sans consistance recouvrent les anses grêles. Après détersion de la fosse iliaque, l'on découve à quelques centimètres du cæcum, sur le bord libre de la dernière anse iléale, une double perforation : la plus rapprochée du cæcum admet facilement l'index; la seconde, située tout à côté, présente les dimensions d'une petite lentille. On remarque, sur la face antérieure du cæcum, trois petites plaques ecchymotiques noirâtres. L'appendice, rétro-cæcal et adhérent, n'a pas été vu.

Après détersion aussi complète que possible, avec des tampons, de la fosse iliaque et de la cavité pelvienne, on suture les bords des perfo-

rations à la peau par six points de catgut. Cette manœuvre suffit pour amener dans la plaie la paroi cæcale menacée de perforation; elle y est maintenue par trois compresses qui l'isolent de la cavité péritonéale.

Un premier drain est placé à l'angle supérieur de l'incision dans la fosse iliaque; un second, plus long, à l'angle inférieur, dans le petit bassin, et la plaie est simplement rétrécie par deux points à ses deux extrémités.

Reporté dans son lit, le malade reçoit sous la peau un deuxième litre de sérum, et un troisième le soir; caféine et huile camphrée. Température, 37°6; pouls, 118.

Je vois l'opéré avec M. Emile Duval le lendemain 17 mars : le pansement est souillé de matières diarrhéiques; le pouls est à 118, assez bien frappé, l'aspect assez bon; pas de vomissements. On injecte de nouveau 3 litres de sérum dans les vingt-quatre heures, et l'on pratique 6 injections d'huile camphrée. M. Emile Duval change le pansement à plusieurs reprises.

Le 18 mars, 3 litres de sérum sont encore injectés sous la peau. Diarrhée abondante par l'anus artificiel; le météorisme disparaît. *Sérodirgnostic positif.* Le soir : température, 38°8; pouls, 45.

Le 19 mars, la température monte, le soir, à 39°4; à partir de ce moment, elle baisse rapidement, et l'amélioration s'accentue; le 21 mars, quelques selles se produisent par l'anus; le 25, survient une petite hémorragie intestinale; le 28, une petite plaque ecchymotique du cæcum se perfore, et l'orifice s'agrandit jusqu'à prendre la largeur d'une pièce de 2 francs; le 29, la température tombe à la normale; et, dès lors, la convalescence s'établit régulièrement.

Grâce à l'intervention pratiquée par M. Emile Duval, ce malade avait donc été sauvé d'une mort proche, et c'est un succès à inscrire au bilan de l'entérostomie systématique. Assure-t-elle plus de guérisons immédiates? Telle serait, du reste, la première question à résoudre pour en démontrer la supériorité et en baser les indications.

Les faits sont encore trop peu nombreux pour imposer une conclusion « d'expérience », mais ils parlent déjà nettement dans le sens de l'affirmative : il y a trois ans, M. Buizard rassemblait 664 cas de perforations typhiques opérées, avec une mortalité moyenne de 72,59 p. 100; dans le nombre figurent 15 entérostomies, avec 7 guérisons, soit une mortalité réduite de 53 p. 100. M. Emile Duval a réuni, de son côté, 22 observations d'entérostomie immédiate, avec 10 guérisons, soit une mortalité de 55 p. 100.

Bien entendu, on s'exposerait à de cruelles désillusions, si l'on accordait une valeur exclusive à un procédé opératoire, dans une situation clinique aussi complexe que celle de la péritonite par perforation typhique. Le pronostic relève de toute une série d'autres éléments qu'il serait inutile de rappeler une fois de plus.

S'il fallait en donner des preuves, je rapporterais deux autres faits qui se sont passés dans mon service quelques mois après l'intervention heureuse de M. Emile Duval, et où l'entérostomie, pratiquée d'emblée, n'a pas empêché le dénouement fatal. On ne guérit pas toujours, certes, en renonçant à la suture et en limitant l'intervention au minimum de durée par l'abouchement à la paroi de l'orifice perforé; mais il semble qu'on puisse guérir plus souvent que par la méthode coutumière et que, en tout cas, on se mette dans des conditions meilleures de lutte et de défense.

Or, la rapidité et la simplicité de l'acte opératoire ne résument pas toutes ces conditions; il y a lieu aussi de réserver une large part d'action au drainage continu des liquides intestinaux, réalisé par l'anus artificiel. C'est là un point aujourd'hui bien connu, et l'on sait quelles indications ont été assignées à l'entérostomie, au drainage intestinal, dans le traitement des péritonites diffuses. M. Escher, en 1903, exposait et définissait nettement le danger de la rétention intestinale et de la stercorémie : on a détergé le péritoine, on a prévenu, par la suture de la perforation, l'infection péritonéale renouvelée, c'est bien; mais cet intestin, qu'on a refermé, et qui reste inerte, parésié, distendu, devient le siège de résorptions septiques considérable et un vaste foyer d'intoxication permanente. Laissez-le ouvert, et qu'il se draine, et vous aurez coupé court à ces accidents, de gravité au moins égale à celle de l'infection péritonéale elle-même. Il ne se draine pas toujours, cet intestin, même par un orifice entérostomique assez large, et l'état de parésie trop avancée de la paroi en fournit l'explication; mais le fait s'observe lors d'intervention trop retardée; il ne prouverait rien contre l'utilité de la pratique appliquée à temps et dans des conditions de résistance générale encore suffisantes.

Une autre objection se présente toutefois, lorsqu'on propose en règle l'abouchement à la paroi de la perforation typhique, et la voici : si l'opéré a la vie sauve, il n'est pourtant pas définitivement guéri, il conserve un anus contre nature, dont la cure ultérieure exigera de nouvelles opérations. Comme le faisait remarquer M. Quénu, « étant données les circonstances particulièrement graves dans lesquelles on opère, c'est déjà un très beau succès que de pouvoir envisager les difficultés d'une opération complémentaire ».

La seconde opération de MM. Lapointe et E. Duval montre, du reste, que ces difficultés ne sont nullement insurmontables, et que, même dans les cas complexes, une opération bien conduite peut aboutir à un succès complet.

Ce second temps, temps de réparation, a été l'œuvre de M. le

Dr Lapointe; il nous a exposé fort nettement les raisons qui lui ont dicté son mode d'intervention et le succès a justifié sa pratique.

Il intervint à la fin de mai 1910, deux mois après la laparotomie initiale; l'opéré avait repris bonne mine; il mangeait et engraissait; mais il portait, dans la fosse iliaque droite, un anus total, avec éperon saillant et un certain degré de prolapsus, surtout marqué au niveau du bout afférent. Cet anus livrait passage à la totalité des matières; la peau voisine était très irritée, et présentait même, par places, de petites ulcérations.

A quelle méthode fallait-il s'adresser pour fermer cet anus?

La section de l'éperon à l'entérotome et la suture consécutive de l'orifice, après libération de l'intestin jusqu'au péritoine inclusivement, ne parut pas indiquée à M. Lapointe, bien qu'elle lui eût donné plusieurs fois, ajoute-t-il, des résultats satisfaisants; il s'agissait, en effet, d'un anus contre nature, établi en plein foyer de péritonite, et l'entérotome risquait de pincer, en même temps que l'éperon, quelque anse adhérente entre les deux bouts. Pour un motif analogue, et à cause de l'étendue probable des adhérences, la libération complète, suivie de résection et d'entérorraphie, ne se présentait pas comme un parti de sagesse, d'autant plus que l'irritation septique de la peau ambiante était de nature à compromettre encore le résultat.

Mon collègue et ami estima donc prudent de pratiquer une laparotomie à distance de l'anus contre nature; de se rendre compte, par cette voie, de la disposition de l'intestin au niveau et autour de l'abouchement cutané, et, suivant ce qu'il trouverait, de procéder à la section des deux bouts, un peu en arrière de la paroi, est à leur réunion latéro-latérale, ou de sectionner le seul bout afférent et de l'anastomoser à l'S iliaque, par iléo-sigmoïdostomie.

Opération, le 24 mai 1910. Anesthésie au mélange de Billroth. Le malade a été purgé et constipé. L'anus contre nature est tamponné. Désinfection du reste de la paroi à la teinture d'iode.

Incision cutanée ombilico-pubienne un peu à gauche de la ligne médiane. Des champs de toile sont cousus aux lèvres de la plaie cutanée. Incision des autres plans sur la ligne médiane.

Faisant écarter, à l'aide d'une large valve, la partie droite de la paroi, je constate que le segment ouvert à la peau est masqué par des adhérences intestinales et épiploïques. Leur libération sera longue, difficile et dangereuse. Aussi je renonce à dégager les deux bouts ouverts à la peau, suivant mon plan primitif, et je me décide à pratiquer une iléo-sigmoïdostomie.

Je cherche alors la terminaison de l'iléon, qui plonge dans le petit bassin et adhère intimement à la paroi pelvienne et à la fosse iliaque. Au cours des manœuvres de décollement, il se fait une perforation

grosse comme l'extrémité d'une cigarette, mais l'intestin est vide et rien ne s'écoule. Je ne poursuis pas davantage le décollement.

Écrasement de l'intestin au niveau du point perforé, qui siège à 20 centimètres environ de l'orifice cutané. Fermeture des deux bouts par une ligature circulaire et un surjet séro-séreux d'enfouissement. Le bord proximal de l'iléon est amené facilement au contact de l'anse sigmoïde, dont le calibre n'est pas supérieur à celui du grêle, et je pratique, sans incident, un abouchement latéro-latéral isopéristaltique.

Fermeture de la paroi à trois plans avec un petit drain à la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires normales; aucune réaction péritonéale.

26 mai. Évacuation par l'anus normal de matières liquides. Ablation du drain.

Cicatrisation complète de la paroi en trois semaines.

Depuis l'opération, l'anus contre nature ne livre plus passage qu'à des mucosités; la peau redevient saine.

Le 29 juillet, on procède au complément de l'intervention réparatrice, pour la suppression définitive de l'orifice anormal.

Incision elliptique de la peau, encadrant en son milieu les deux orifices, un peu en dehors du bourrelet cutanéo-muqueux.

Décollement des deux bouts jusqu'au péritoine pariétal. Je dégage alors le bout afférent transformé en cul-de-sac par l'iléo-sigmoïdostomie. J'arrive à cliver, sans trop de peine, ses adhérences avec le bout efférent et quelques anses voisines et à l'extirper complètement. Il a une longueur d'environ 15 centimètres.

Il ne reste plus qu'à fermer le bout efférent. Pour avoir assez d'étoffe, je suis obligé de pousser la libération jusque dans le péritoine, où j'aperçois l'appendice, que je laisse. Fermeture de l'orifice par un surjet total et un surjet séro-séreux au fil de lin. Un drain au contact du moignon intestinal, par-dessus lequel le péritoine est suturé.

Deux plans de suture musculo-aponévrotique : un profond pour le transverse et le petit oblique renforcés par le grand droit sorti de sa gaine; un superficiel pour l'aponévrose du grand oblique. Suture de la peau jusqu'à l'orifice du drain.

Aucun incident post-opératoire. Ablation du drain le deuxième jour et des sutures cutanées le dixième. Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 15 août.

Il a repris son métier de camionneur, depuis octobre dernier; il nous a été présenté le 28 juin, et nous avons pu constater qu'il avait une santé parfaite. Il va à la selle en moyenne deux fois par jour; les matières ne sont pas diarrhéique, comme elles l'étaient dans les premiers mois qui suivirent l'iléo-sigmoïdostomie; le bol fécal, habituellement pâteux, est parfois bien moulé.

Voilà donc un malade définitivement guéri. Et ces guérisons finales, à la suite de l'entérostomie primitive et d'une opération réparatrice secondaire, sont d'une fréquence relative très encourageante dans la petite statistique rassemblée par M. Émile Duval.

Des 10 malades « sauvés de la mort » par la laparotomie suivie d'abouchement de la perforation à la paroi, 8 ont été radicalement guéris, 2 ont succombé, mais dans des conditions assez étranges, et à la suite d'opérations hâtives qui s'expliquent mal : l'un fut réopéré treize jours après la laparotomie initiale ; on anastomosa l'iléon au côlon ascendant ; la mort survint dans les vingt-quatre heures ; chez l'autre, deux semaines après l'intervention primitive, on cherchait à fermer l'orifice par suture ; la réunion échouait ; on se livrait à un nouvel essai ; finalement le malade s'éteignait dans le marasme au quarante-troisième jour ; on trouvait, à l'autopsie, du pus et des matières fécales dans le ventre ; des petits abcès à la base du poumon droit ; un vaste abcès sous-phrénique ; deux ulcérations non cicatrisées s'étendant jusqu'à la séreuse.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que ces interventions réparatrices doivent être, en règle, retardées bien au delà de la convalescence de la fièvre typhoïde, et jusqu'au moment où l'état général est redevenu pleinement satisfaisant ; il y a là, certes, toute une période de soins locaux pénibles, minutieux, et d'importance primordiale ; l'écoulement stercoral liquide et continu est une gêne considérable, irrite douloureusement la peau, mais, en général, il n'entraîne pas d'accidents graves de dénutrition, la fistule siégeant sur la fin de l'iléon.

Quant aux conditions de la « réparation » elles varient sans doute, beaucoup, suivant le type, fort différent, suivant les cas, de l'anus artificiel ; il est arrivé qu'elle se produisît spontanément et que la fistule se fermât toute seule ; le fait a eu lieu deux fois, dans les huit observations plus haut citées ; deux fois aussi, la suture simple du bord de l'orifice suffit à en assurer l'occlusion ; deux fois, on procéda à la résection suivie d'anastomose latéro-latérale ; M. Pierre Duval guérit son malade en suturant l'orifice iléal après libération intra-péritonéale de l'anse abouchée, et en pratiquant une iléo-colostomie de sûreté ; enfin, nous avons vu que M. Lapointe a obtenu pareil succès par l'iléo-sigmoïdostomie préalable, et la résection secondaire du bout afférent.

En résumé, l'iléostomie primitive paraît appelée à nous donner des assurances meilleures de salut, dans les péritonites par perforations typhiques ; elle vaut d'être proposée à l'expérience des chirurgiens. Convient-il de lui assigner le titre de systématique, et de la préférer, dans tous les cas, à la suture ? Il serait malaisé de l'affirmer, et l'on ne saurait oublier que la plupart des guérisons obtenues jusqu'ici — elles sont nombreuses, en réalité — sont dues à la réunion primitive. L'entérostomie est-elle susceptible d'en accroître notablement la fréquence ? On peut le croire, d'après les documents relevés jusqu'à ce jour : on ne peut rien

dire de plus, mais les faits connus et les raisons données sont assez frappants pour qu'il soit tout indiqué désormais d'appliquer et d'expérimenter cette pratique nouvelle, et cela surtout, lors des perforations qui surviennent dans la période d'état de la fièvre typhoïde, lors de perforations larges ou multiples, et compliquées d'un épanchement péritonéal purulent et stercoral. Que l'on suture les petites perforations de la convalescence, sur des intestins assainis déjà, et surtout lorsqu'on a pu intervenir de très bonne heure et que la péritonite est encore toute localisée, on ne saurait, en vérité, élever contre cette pratique de sérieuses objections. Aussi bien l'heure n'est pas venue de formuler des indications définitives et des règles constantes ; nous avons dans l'entérostomie une méthode plus simple et qui paraît plus efficace: essayons-la, nous discuterons plus tard.

Il y aurait lieu, toutefois, de préciser quelque peu la technique de cet abouchement à la paroi ; deux pratiques ont été suivies jusqu'ici, et parfois combinées : en présence d'une perforation isolée ou de deux perforations toutes proches, on a, dans certains cas, adossé à la paroi, par une série de points en U, la zone intestinale qui circonscrivait les perforations et pratiqué une entérostomie véritable; ailleurs, on a extériorisé l'anse perforée, on l'a herniée dans la plaie en la maintenant au dehors par une série de mèches et de lamelles tassées tout autour d'elle. Parfois encore, l'anse extériorisée a été fixée au péritoine pariétal par quelques points et entourée de lamelles sur tout le reste de sa surface. Il est clair que la nature des lésions découvertes peut commander l'une ou l'autre pratique, mais l'extériorisation aura des avantages particuliers, lorsque, à côté de la perforation déjà faite, la région limitrophe de l'intestin sera parsemée de taches suspectes, susceptibles de faire craindre des perforations ultérieures, et, de fait, ces perforations secondaires se sont produites, à plusieurs reprises, à la suite d'interventions de ce genre, et n'ont pas entraîné de désastres, grâce à l'extériorisation préalable.

Discussion.

M. Quénu. — J'appuie les conclusions de M. Lejars, qui sont tout à fait conformes à la thèse que je soutiens depuis plusieurs années. Je suis arrivé à cette pratique il y a deux ans à la suite d'un cas malheureux où j'avais suturé une perforation typhique où les suites avaient été très favorables pendant six jours puis les sutures lâchèrent et la mort s'ensuivit. Sous l'influence de ces idées que j'ai répandues autour de moi, mon assistant P. Duval fit, il y a plus de deux ans, l'extériorisation de l'anus perforé chez

un enfant auprès duquel il avait été appelé à l'hôpital Bretonneau. Quelques mois après Duval accomplit en un seul temps l'occlusion de la fistule, et il put nous présenter son jeune malade guéri; il nous a présenté le malade et un rapport devait être fait sur son cas; l'observation sera publiée dans la thèse de M. Em. Duval que je vais présider la semaine prochaine. Comme M. Lejars, je pense qu'il ne faut pas généraliser et je comprends qu'on cède à la tentation de suturer ces cas de perforation punctiforme, mais j'avoue que, même dans ces cas, je laisserais dehors l'anse à perforation suturée.

M. Routier. — Je crois pouvoir affirmer que l'observation faite par M. Chantemesse à M. Lejars, pour lui dire de laisser la perforation à l'extérieur devait être l'écho de ce qui s'était passé avec moi il y a bien longtemps.

M. Chantemesse me fit appeler auprès d'un interne des hôpitaux atteint d'une grave fièvre typhoïde qui avait fait une perforation.

Je pratiquai une laparotomie et trouvai trois perforations avec péritonite généralisée : je me contentai de mettre l'anse perforée au dehors, le malade mourut.

Mais ce qui est intéressant, c'est qu'à cette époque qui remonte environ à 1900, je dis à M. Chantemesse que, dorénavant, si j'avais à traiter une perforation typhique, je ne suturerais pas, mais mettrais l'orifice intestinal en communication avec l'extérieur, je ferais une entérostomie; car je me rappelai un cas de perforation que j'avais suturé dans le service de M. Dieulafoy : le malade avait passer dix bons jours et on le croyait guéri, lorsqu'il fit une seconde perforation et mourut.

Je disais : il se peut que si les matières intestinales avaient eu un libre accès au dehors, il n'aurait peut-être pas fait cette seconde perforation.

Je suis heureux de voir ces idées adoptées par mes collègues : je n'ai pas eu depuis l'occasion de voir une seule perforation typhique.

M. Picqué. — Je n'ai rien à ajouter aux observations judicieuses de nos collègues. Je voudrais simplement rappeler que j'ai fait devant vous, il y a quelques années, un rapport sur des cas de guérison de perforation typhique par la simple suture obtenus au camp de Châlons par un médecin militaire distingué, le Dr Dubujadoux.

M. Moty. — Au point de vue théorique, l'entérostomie paraît inférieure au procédé de Murphy qui se contente d'ouvrir la paroi

abdominale et d'y placer un gros drain. La première, en effet, réalise bien une voie de drainage intestinal, mais ne permet pas l'évacuation des matières qui se sont répandues au loin dans la cavité abdominale, inconvénient d'autant plus sensible que l'intervention est plus tardive.

M. TUFFIER. — Qu'a-t-on trouvé dans le péritoine à l'ouverture du ventre ?

M. LEJARS. — L'observation porte : « Une grande quantité de liquide séro-purulent et stercoral libre ».

M. QUÉNU. — L'entérostomie n'empêche pas le drainage du péritoine, contrairement à ce que nous dit M. Moty. Il suffit de faire une contre-ouverture sus-pubienne par laquelle un drain est introduit dans le ventre.

M. LEJARS. — Je me proposais de faire à M. Moty la même réflexion que M. Quénu. L'abouchement à la paroi n'exclut nullement le drainage de l'abdomen ; pour que ce drainage fût à distance de l'entérostomie, il serait utile de faire d'abord une incision iliaque ou para-rectale droite, pour rechercher ou extérioriser l'anse perforée, puis une incision sous-pubienne, pour placer le drain.

Les conclusions du rapport de M. LEJARS, mises aux voix, sont adoptées.

Brûlures du crâne par électrocution, observations de M. GUINARD (de Saint-Etienne),

Rapport de M. E. QUÉNU.

M. Guinard (de Saint-Etienne) nous a envoyé une observation intitulée : *Nécrose des os du crâne par électrocution, résection des parties osseuses mortifiées.*

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, ouvrier à la compagnie électrique, qui fut atteint pendant qu'il travaillait à la réparation d'une ligne aérienne de distribution de force motrice.

D'après les renseignements du blessé, l'électrocution se serait produite non par le contact direct de son crâne avec le câble, mais bien par un courant d'induction, une étincelle aurait jailli entre le crâne et le câble. Des informations complémentaires données par les ingénieurs de la compagnie électrique, et transmises à nous par M. Guinard, il résulte que les choses se sont passées autrement. L'ouvrier était occupé dans une cabine à installer une

ligne, il était monté sur un marchepied (donc isolé dans une certaine mesure); de la main droite, il tirait les fils de la ligne dans un tube Bergmann; ces fils n'étaient naturellement parcourus par aucun courant; à un moment donné, le crâne de l'ouvrier entra en contact avec un fil de transport de force motrice, l'ouvrier passa la main gauche sur une ferrure non isolée du sol. Les ingénieurs admettent comme certain le contact entre le crâne et le fil de force motrice. Le câble électrocuteur mesurait 50 $mm.^2$ à la section et transportait un courant alternatif de 50 périodes, 35 à 40 ampères sous 10.000 volts.

L'accident était arrivé le 4 novembre 1910, M. Guinard ne vit le blessé que le 16; il le trouva dans un état grave avec de la fièvre et les signes d'une infection générale. Des brûlures occupaient les deux membres supérieurs et le crâne. Au membre supérieur droit, il existait une momification des deux dernières phalanges de l'auriculaire et une plaie du creux de l'aisselle. Au membre supérieur gauche, on notait une destruction des parties molles de la paume de la main, une momification des tissus autour du poignet avec sillon d'élimination.

Au crâne, deux brûlures très étendues: l'une siégeant à l'occiput et présentant les dimensions de la paume de la main, l'autre occupant la région fronto-pariétale droite, allongée d'avant en arrière, mesurant 7 à 8 centimètres de long, sur 3 à 4 centimètres de large.

Dans ces zones brûlées, les téguments étaient transformés en une escarre sèche, noire, sonore à la percussion, intérieurement adhérente aux os sous-jacents. Autour des escarres, sillon d'élimination et suppuration abondante à pyocyaniques.

Le 19 novembre, M. Guinard dut amputer l'avant-bras gauche, à cause d'accidents septiques ; à la suite de cette opération et de l'amputation de l'auriculaire, la température redevient normale, et l'état général satisfaisant. Nous sommes au mois de janvier; les escarres du péricrâne se sont peu à peu détachées, laissant apparaître sous elles de l'os nécrosé ; sur une étendue égale à celle des plaies primitives, tout autour des parties osseuses mortifiées, se dessinait un sillon mince, séparant l'os vivant du mort. C'est alors, le 9 février 1911, que M. Guinard intervint. Ignorant à quelle profondeur s'étendait la nécrose, si elle intéressait ou non les deux tables dans toute l'étendue de l'escarre, tenant compte d'autre part des dimensions de l'escarre occipitale (paume de main), M. Guinard ne crut pas devoir mettre d'emblée à nu la dure-mère sur une aussi grande surface, sans exploration préalable de l'os.

Commençant par l'escarre fronto-pariétale, il fora une série de puits à 1 centimètre environ les uns des autres, à travers l'os mort, jusqu'à ce qu'au fond de chacun d'eux apparût de l'os saignant.

Il s'assura de la sorte que, dans cette région, la table interne était bien vivante; il n'y toucha pas, et fit sauter à la gouge et au maillet le reste de l'os nécrosé. Libérant ensuite le péricrâne autour de la brèche, il diminua l'étendue de celle-ci par quelques points de suture.

La même manœuvre fut répétée au niveau de l'occiput. M. Guinard constata que là l'escarre osseuse ne comprenait à sa périphérie que la table externe; que, plus près du centre, le diploé était intéressé, et que, enfin, tout à fait au centre, sur les dimensions d'une pièce de cinq francs, l'os était nécrosé dans toute son épaisseur.

L'opération terminée, il restait une vaste brèche osseuse taillée en cuvette dont le fond était constitué par la dure-mère. Les dimensions de la plaie et son état d'infection firent renoncer à toute tentative d'autoplastie ou de greffe. Actuellement, nous dit M. Guinard, c'est-à-dire fin de mars, les plaies se comblent lentement, mais progressivement, sans incident; je prévois que, pour hâter la guérison de la plaie occipitale, des greffes d'Ollier-Thiersch seront nécessaires. A la date du 2 juillet, M. Guinard nous a envoyé des nouvelles du blessé, dont la plaie n'est pas guérie et qui n'a pas encore éliminé de petits séquestres qu'on voit à la partie supérieure.

A cette première observation comportant une intervention opératoire, M. Guinard ajoute un deuxième fait de brûlure du crâne et des os sous-jacents, mais qui se termina rapidement par la mort.

Une dame, étant dans son jardin, vit tomber près d'elle un câble qui servait au transport de force motrice et qui s'était rompu. Elle saisit l'extrémité du câble rompu de la main droite, mais, par suite des secousses que lui imprima le courant, son corps entra en contact avec le câble en de nombreux points. Au membre supérieur droit : carbonisation de la main et du poignet, brûlure du pli du coude, plaie de l'aisselle, destruction du biceps sous des téguments sains. Brûlures avec escarres noires des deux talons et de la plante des pieds, large escarre noire du cuir chevelu sur le sommet du crâne, adhérente aux os sous-jacents.

Le 12 février, désarticulation de l'épaule droite à cause d'hémorragies secondaires répétées. Mort de shock.

Voilà, Messieurs, deux observations à ajouter à l'observation personnelle dont j'ai donné ici le résumé en faisant une présentation du malade le 8 mars dernier et au petit nombre de faits que j'ai pu rassembler dans un court mémoire de la *Revue de Chirurgie* de juin dernier.

Chez les deux malades de M. Guinard, l'action du courant ne s'est pas limitée à l'extrémité céphalique, les membres ont été également le siège de brûlures. M. Guinard n'a été appelé dans le premier cas que douze jours après l'accident, alors que les plaies étaient en pleine suppuration. Il eut à s'occuper du membre supérieur gauche qu'il fallut amputer; bref, il ne fut à même de traiter chirurgicalement les brûlures du crâne que plus de deux mois après leur production; il avait affaire à deux zones nécrosées siégeant, l'une à l'occiput, l'autre à la région fronto-pariétale. A ce point de vue, son observation est comparable à la deuxième observation de Mason et Lester (*Revue de Chirurgie* de juin 1911). Chez le nègre des chirurgiens américains, une brûlure de 3 pouces occupait le milieu de l'os frontal et une autre s'étendait de la moitié supérieure de l'occipital jusqu'au cou. Chez le brûlé de M. Guinard, une des plaies, l'antérieure, mesurait 7 à 8 centimètres de long sur 3 à 4 de large; l'autre, l'occipitale, avait les dimensions d'une paume de main.

On comprend que M. Guinard ait hésité à mettre à nu la dure-mère sur une aussi grande étendue et qu'il ait cherché à restreindre la résection osseuse en conservant la table interne là où elle paraissait vivante. Pour s'en rendre compte (et c'est là le côté vraiment original de l'observation), le chirurgien de Saint-Etienne fit des puits avec des fraises de Doyen, et là où il trouva au fond du puits de l'os saignant, il ne fit sauter que la table externe. Il put de la sorte limiter sa résection cranienne. Naturellement, la surface extérieure de la table interne se mit à bourgeonner et elle devra mettre des mois avant d'être recouverte de cicatrices. Chez le malade de M. J.-L. Faure, la cicatrisation n'a pas demandé moins de 15 ou 16 mois.

Il est permis de se demander si une suppuration aussi prolongée n'est pas susceptible d'amener une nécrose secondaire de la table interne. D'autre part, est-il bien sûr que M. Guinard ait pu faire la part exacte des parties vivantes et des parties nécrosées du crâne? J'en doute. La séparation des deux tables n'est pas très distincte dans tous les points du crâne, il est des zones où elle n'est pas réalisable. Mason et Lester s'en sont assurés dans leurs recherches cadavériques. Il est donc bien probable que, chez l'opéré de M. Guinard, il y aura lieu de compter sur une élimination parcellaire de tissu osseux et nécrosé.

Je conçois néanmoins qu'il ait eu intérêt à débarrasser son malade de la majeure partie des séquestres; d'autre part, en trépanant jusqu'à la dure-mère au centre de l'escarre, il a mis son blessé à l'abri d'une infection du cerveau; il a réalisé le plan opératoire de Mason et Lester, qui, ayant perdu un de leurs

malades par suite de la formation d'un abcès du cerveau, conseillent d'établir un drainage profond en creusant au centre de l'os brûlé une ouverture d'un demi-pouce de diamètre allant jusqu'à la dure-mère. J'ai rappelé que cette pratique était renouvelée de celle de Frédéric Martel, chirurgien d'Henri IV, qui « recommandait de perforer l'os en plusieurs points, de manière à donner passage facile aux bourgeons charnus ».

Il me paraît ressortir des observations des chirurgiens américains, comme de celle de M. Guinard, que, dans le cas où les dimensions ou le nombre des escarres craniennes ne permettent pas de faire une résection totale des parties osseuses brûlées, l'indication majeure, c'est de trépaner le plus tôt possible au centre de l'escarre, afin de mettre son malade à l'abri d'accidents encéphaliques. Cela fait, y a-t-il intérêt à s'efforcer d'abraser la table externe afin d'obtenir une réparation plus rapide? C'est aux faits de nous l'apprendre. La question des greffes, en pareils cas, greffes de Thiersch, ou greffes dermo-épidermiques par les méthodes indienne ou italienne, toute cette question de greffes est évidemment subordonnée à l'état de la plaie, à l'élimination des séquestres, à l'asepsie relative des surfaces bourgeonnantes.

Tout autre serait la question si, appelé de bonne heure avant l'apparition du sillon de séparation, on était en présence d'une seule brûlure ne dépassant comme étendue 6 ou 7 centimètres de diamètre.

En pareil cas, je l'ai dit déjà en présentant ma malade à la Société de Chirurgie, l'indication formelle serait de profiter immédiatement de la période aseptique pour enlever la totalité de l'os brûlé et recouvrer la perte de substance en appliquant un lambeau cutané soit pris par glissement sur le cuir chevelu, soit même pris sur l'avant-bras. Je réserve, faute d'expérience, la question de l'interposition entre la dure-mère et les téguments d'une plaque d'or, comme l'a si heureusement tentée mon ami M. Sebileau, qui avait à réparer une vaste brèche cranienne de trépanation.

La même conduite chirurgicale, c'est-à-dire la trépanation à la limite du séquestre, serait recommandable, même à distance de l'accident, si l'état local le permettait, je rappelle que c'est précisément dans ces conditions que je suis intervenu chez le malade que j'ai présenté huit mois après l'opération.

Discussion.

M. Rochard. — Messieurs, en 1874, j'ai eu à pratiquer une intervention dans le genre de celles que vient de citer M. Quénu.

Il s'agissait d'une bretonne qui, complètement ivre, était tombée dans le feu et avait eu la moitié du crâne complètement brûlée.

Je vis la malade quelques jours après l'accident. Elle portait une perte de substance des parties molles occupant plus de la moitié du crâne.

A l'examen, on constatait une surface osseuse jaunâtre complète ment nécrosée s'étendant du frontal à l'occipital et empiétant sur le pariétal du côté opposé.

Sur cette surface desséchée, il existait quelques foramina par lesquels sortait du pus contenu dans le diploé.

Pour faciliter l'évacuation de ce pus et aider l'élimination de la partie nécrosée, j'attaquai au trépan la table externe et, la couronne arrivée sur le diploé, enlevai une rondelle osseuse qui laissait à sa place une plaie bourgeonnante.

En plusieurs séances, j'achevai la séparation complète de la partie mortifiée, ce qui nécessita bien l'application d'une vingtaine de couronnes de trépan.

Seulement à la partie moyenne et sur une surface de quelques centimètres, l'épaisseur de la voûte cranienne était seule intéressée.

La cicatrisation aidée par des greffes fut longue à se produire. Elle se fit néanmoins en plusieurs mois, et j'ai revu la malade complètement cicatrisée et n'ayant qu'une surface assez limitée dans laquelle le cerveau n'était pas protégé par une croûte osseuse.

Les conclusions du rapport de M. Quénu sont mises aux voix et adoptées.

Névrotomie du membre supérieur pour endartérite oblitérante, par M. Marquis, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.

Rapport de M. MAUCLAIRE.

Sous ce titre, M. Marquis (de Rennes) nous a adressé l'observation inédite suivante :

Observation. — Femme de cinquante-cinq ans, dont le passé pathologique sans intérêt comprend trois pneumonies et une fracture de jambe l'hiver dernier. Ni paludisme, ni saturnisme, nulle trace de syphilis. La ménopause est survenue il y a quatre ans.

Un mois avant son entrée à l'hôpital apparurent à la main gauche

des fourmillements avec démangeaisons et engourdissement. Puis, en raison de très vives douleurs, le sommeil devint rare. Entre temps, la main présentait une teinte violacée, asphyxique, de plus en plus marquée. Pendant trois semaines, elle souffrit patiemment, s'efforçant, mais en vain, de calmer la douleur par l'application de compresses chaudes.

Fatiguée, elle entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 27 *septembre* 1910. A ce moment, les dernières phalanges de tous les doigts de la main gauche sont sèches, minces, effilées, la peau plissée et de couleur noire. Toute la face dorsale de la main est occupée par une énorme phlyctène, la face palmaire est blanche, sauf au niveau des éminences thénar et hypothénar, où elle présente une teinte ecchymotique. Puis, de l'articulation du poignet au pli du coude : teinte rouge violacée avec quelques phlyctènes reposant sur un œdème mou considérable, qui se termine brusquement en saillie et contraste avec la sécheresse des doigts. L'insensibilité est complète sur toute la face dorsale, puis cesse brusquement au niveau de l'articulation radio-carpienne ; cette insensibilité absolue se retrouve sur la face palmaire, sauf dans les régions des éminences thénar et hypothénar voisines de l'axe de la main où, par contre, règne de l'hypersthésie.

Mais le symptôme dominant, c'est la douleur, douleur intolérable de jour et de nuit, empêchant tout sommeil. Cette pauvre vieille, presque cachectique, abrite sa main malade sur son avant-bras sain, comme pour la protéger contre tout trauma même léger, redoute tout mouvement et ne quitte plus son lit, se plaint perpétuellement et ses plaintes se transforment en cris empêchant fréquemment ses voisines de dormir. On emploie la morphine à dose croissante, presque en vain, car après une injection c'est à peine si, bien qu'épuisée de fatigue, elle peut dormir une heure.

Pendant ce temps, l'état général est précaire, l'urine contient de fortes quantités d'albumine, 12 grammes par litre. Pas de température, mais pouls à 120. Légère toux avec auscultation négative. Cœur normal.

Près d'un mois passe ainsi pendant lequel les douleurs ne diminuent pas, mais la gangrène augmente. Elle envahit maintenant tous les doigts, pouce compris, et la plus grande partie des faces dorsales et palmaire ; à ses confins se trouve une ébauche de sillon d'élimination, mais l'impuissance de cette digue semble révélée par les phlyctènes qui gagnent l'avant-bras.

Devant la persistance et l'intensité de ces douleurs, on propose à la malade l'intervention, qu'elle accepte ; mais son état cachectique rend dangereuse l'administration du chloroforme et contre-indique ainsi soit l'amputation, soit la thermothérapie par carbonisation. Je ne pratique en conséquence qu'une opération palliative, la névrotomie, sous anesthésie locale.

Le 20 *octobre*, après injection de novocaïne, incision cutanée comme pour la ligature de l'artère radiale au tiers supérieur de l'avant-bras ; il s'écoule alors une grande quantité de sérosité ; l'aponévrose superfi-

cielle fendue, on récline le long supinateur et on aperçoit le *nerf radial, dont on résèque environ 1 centimètre.*

Pour le cubital, ligne d'incision de la ligature de l'artère cubitale, section de l'aponévrose, réclinaison du cubital antérieur et *résection du nerf cubital sur une longueur de 2 centimètres.* Par cette brèche, on décolle et on soulève le fléchisseur superficiel, on atteint ainsi le médian. *Résection de deux centimètres du nerf médian.*

Immédiatement après la résection des nerfs, la malade dit ressentir une très vive chaleur à la main ; un quart d'heure après, elle se plaint d'engourdissement, mais n'éprouve plus de douleurs; deux heures plus tard, elle ressent un fourmillement continuel dans la face palmaire et au poignet. Le lendemain, le fourmillement persiste, mais la disparition des douleurs s'est maintenue, et cette femme, bien que privée de morphine, dont depuis un mois elle a l'habitude, a pu dormir d'un profond sommeil de neuf heures du soir à deux heures du matin; la nuit suivante, elle a dormi de huit heures du soir à six heures du matin, avec quelques légers réveils de courte durée. Pendant les quinze jours qui suivent, les douleurs n'existent pas, la malade éprouve seulement une sensation de chaleur et de fourmillement. Mais au bout de ce temps, elle se plaint à nouveau et se plaindra de plus en plus particulièrement de la région supérieure de la face dorsale de la main et du poignet : c'est que la gangrène a nettement progressé et envahi les régions actuellement douloureuses; l'ancien sillon d'élimination ébauché lors de l'opération est actuellement disparu. L'état général est très mauvais, l'alimentation presque nulle et les urines contiennent 20 grammes d'albumine par litre.

La gravité de cet état, la proximité vraisemblable de la fin nous font hésiter devant une nouvelle névrotomie qui, cette fois, en raison de l'envahissement de la gangrène, devrait comprendre le radial dans la gouttière de torsion, le musculo-cutané et le brachial cutané interne au tiers moyen du bras. La cachexie progresse et le *malade meurt le 16 novembre*, une dizaine de jours après la réapparition des douleurs.

A l'autopsie, nous avons trouvé des reins altérés, gros reins blancs hypertrophiques de la néphrite chronique, ce qui explique la grande quantité d'albumine et la mort ; mais ce qui pour nous sera plus intéressant, c'est la pièce que nous avons pu prélever en entier comprenant le cœur avec tous les vaisseaux du bras et de l'avant-bras et tous les nerfs du membre supérieur depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. Le cœur est sensiblement normal, à peine y trouve-t-on un peu d'épaississement de la valvule mitrale ; l'artère sous-clavière offre une petite plaque d'athérome, la seule, du reste, qu'un examen attentif nous permettra de découvrir. L'axillaire est normal, il n'en va plus de même de l'humérus. Celle-ci, dès son origine, présente un caillot brunâtre adhérent à ses parois et qui se continue dans toutes les collatérales, y compris l'humérale profonde.

Au microscope, on y trouve une tunique moyenne hypertrophié, mais la lésion la plus remarquable est celle de l'endartère ; l'endothélium, en effet, se continue sans ligne de démarcation avec une masse

conjonctive en voie d'organisation, oblitérant la lumière de l'artère et montrant à son intérieur des vaisseaux de nouvelle formation. Ceux-ci, très nombreux et de dimensions variables, sont eux-mêmes en partie oblitérés. Les mêmes lésions, plus accentuées encore, se retrouvent au niveau des artères radiale et cubitale.

Les *veines* offrent un épaississement notable de leur couche sous-endothéliale et sont atteintes d'endophlébite.

Pour l'examen des *nerfs*, il importe de remarquer que les bouts périphériques ont dû, suivant la règle générale, subir la dégénérescence wallérienne après la section opératoire du tronc nerveux, et qu'en conséquence, seuls les morceaux prélevés au cours de l'opération et ceux des portions centrales peuvent nous donner des renseignements véridiques.

a) *Nerfs prélevés au cours de l'opération* : le médian est sensiblement normal ; par contre, le radial et surtout le cubital offrent cette particularité d'avoir des tubes nerveux relativement peu altérés où la gaine de myéline est peu segmentée, où le cylindraxe se retrouve, mais par contre, de posséder des vaisseaux extra et intrafasciculaires épaissis, certains ayant même une lumière oblitérée par un caillot. Simple confirmation de cette thèse soutenue par Joffroy et Achard, Schlesinger et le professeur Quénu, qui fait la *névrite consécutive à une artérite des vasa nervorum*.

b) *Bout central du médian radial et cubital examiné après l'autopsie* : les lésions vasculaires sont les mêmes que celles rencontrées sur les nerfs prélevés à l'opération, mais les lésions nerveuses, probablement en raison des semaines écoulées depuis l'intervention jusqu'à la mort, sont plus marquées, car de nombreux cylindraxes ont disparu.

c) *Bout périphérique examiné également après l'autopsie* : comme précédemment le médian est moins malade que le radial et le cubital ; certains cylindraxes sont conservés, c'est le tout petit nombre, certains ne prennent que l'éosine et non plus l'hématéine, mais la plupart sont disparus. La congestion est ici plus intense, les vaisseaux plus altérés, certains sont oblitérés, d'autres gorgés de sang.

M. Marquis fait remarquer combien la gangrène par artérite oblitérante est rare au membre supérieur. En éliminant celles dues au diabète ou à la syphilis, il n'a pu en recueillir que 19 cas. Et c'est le premier cas traité par la névrotomie.

On sait que cette névrotomie a été proposée par M. Quénu, qui a rapporté 4 cas favorables, c'est-à-dire suivis de diminution des douleurs. Bardesco (de Bucarest) a publié un cas également suivi d'atténuation des douleurs.

Mais à cause des anastomoses nerveuses plus nombreuses à la main qu'au pied, M. Marquis conseillerait :

1° La résection du cubital et du médian au tiers supérieur de l'avant-bras ;

2° La résection du radial dans la gouttière de torsion ;

3° La résection du muscle cutané au-dessus du pli du coude, au niveau du bord externe du tendon du biceps;

4° La résection du brachial cutané interne avant sa bifurcation, c'est-à-dire au tiers moyen du biceps, là où il est accolé à la veine basilique.

De prime abord, ces résections nerveuses un peu hautes donneraient lieu à une impotence assez étendue du membre. Mais ces malades souffrent tellement que cette impotence passerait au second rang.

Dans son observation récente, M. Quénu (1) s'est contenté de sectionner au cou-de-pied le nerf latéral antérieur, le saphène interne, le tibial postérieur et le muscle cutané.

Je n'ai aucune expérience des *névrotomies* pour atténuer les douleurs de la gangrène par oblitération artérielle. Cette opération palliative est logique et elle a donné de bons résultats à MM. Quénu et Bardesco. Je n'ai également aucune expérience de la *thermothérapie.*

Mais, je suis heureux de faire ce court rapport pour rappeler que les *anastomoses artério-veineuses* pour gangrène oblitérante n'ont pas donné les résultats que l'on espérait.

J'ai publié il y a un an (2) 4 cas suivis d'insuccès. Calvo (3) rapporte deux insuccès, et dans un cas il persista un thrill. Le sang ne passa pas dans la veine.

Cœnen (4), d'après ses expériences, est peu partisan de cette méthode d'anastomose. Viannay (5) a eu un insuccès.

Dans un travail récent (6), M. Quénu met en relief l'incertitude de la pénétration du sang artériel jusque dans les capillaires sanguins après être passé par les veines.

Mantelli (7) considère la méthode comme inutile et même dangereuse.

Curcio (8) ne la recommande que si les vaisseaux ne sont pas altérés, ce qui est exceptionnel. Bier (9) et Abalos (10) ont eu chacun un succès suivi peu de temps. En somme, la question reste à l'étude.

(1) Quénu. *Bulletin médical*, 19 mars 1910.

(2) Mauclaire. *Société de chirurgie*, juin 1910, et *Archiv. génér. de chirurgie*, p. 815.

(3) Calvo. *IIIe Congrès espagnol de chirurgie*. Madrid, 1910, p. 274.

(4) Cœnen. *Congrès allemand de chirurgie*, avril 1911.

(5) Viannay. *Loire médicale*, 1911, p. 434.

(6) Quénu. Un cas d'anastomose artério-veineuse. *Rev. de Chirurgie*, mai 1911.

(7) Mantelli. *Gazetta Med. italiana*, 12 janvier 1911.

(8) Curcion. *Il Policlinico*, janvier 1911.

(9) Bier. *Société de Chirurgie* de Berlin, mars 1910.

(10) Abalos. *Semana medica*, 13 avril 1911 (Buenos-Ayres).

Je vous propose de remercier M. Marquis de son observation et de la publier dans nos Bulletins.

M. Quénu. — J'ai pour la première fois l'occasion de prendre ici la parole au sujet de cette question si intéressante de la névrectomie dans la gangrène douloureuse; je le fais d'autant mieux que j'ai à relever une erreur d'historique que, par inadvertance, MM. A. Schwartz et Delbet ont commise dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Delbet et Schwartz attribuent la paternité de l'idée à Lancereaux, qui, dans la *Semaine médicale* de juin 1894, a publié une leçon sur les gangrènes douloureuses et dit en effet qu'on pourrait sectionner les nerfs; mais bien avant, à la fin de 1893, j'avais présenté mon observation de névrectomie pour gangrène à l'Académie de médecine, observation sur laquelle Verneuil fit un rapport en juillet 1894.

Il faut avoir vu les malheureux en proie aux crises douloureuses provoquées par la gangrène par endartérite, et rebelles à tout traitement et à des doses formidables de morphine, pour apprécier les bienfaits de la névrectomie; comme il s'agit généralement du pied ou des orteils, il suffit de sectionner le nerf tibial postérieur derrière la malléole, le tibial antérieur, les nerfs saphènes et le musculo-cutané à la jambe; l'opération n'inflige aucune infirmité future, quelque économique que soit l'amputation ultérieure; de plus, il y a un fait qui avait frappé M. Verneuil et que j'ai fréquemment observé depuis, c'est que, loin de nuire à la vitalité des tissus, les névrectomies paraissent plutôt la favoriser; elles suppriment les spasmes vasculaires, spasmes qui viennent compléter l'action oblitérante de l'endartérite et hâter ou compléter la mortification. J'ai vu une sorte d'arrêt se produire dans le processus gangréneux à la suite des névrectomies. En second lieu, ces opérations permettent au chirurgien d'attendre tranquillement la limitation du processus gangréneux et de ne pas recourir d'emblée à une opération trop radicale.

Un dernier point mérite d'être signalé, c'est que, malgré la section de tous les nerfs, les plaies ne sont pas absolument insensibles et les pansements peuvent provoquer quelque sensibilité. Cette persistance de la sensibilité ne peut s'expliquer que par l'action des nerfs vasculaires qui seuls ont échappé à la section. Cette sensibilité légère au moment du pansement ne touche en rien aux avantages immenses qui résultent pour les malades de la disparition de douleurs spontanées atroces.

Mon expérience sur la névrotomie dans la gangrène commence à être assez étendue, et mon interne actuel Girode a l'intention de consacrer sa thèse à ce sujet intéressant.

M. Morestin. — J'ai fait, il y a déjà quelques années, sur un malheureux atteint de gangrène du pied par artérite et qui éprouvait de terribles souffrances, une tentative d'*algostase* selon l'heureuse expression de mon maître Verneuil. Il s'agissait d'un homme jeune encore, albuminurique, chez lequel survint la gangrène d'un pied, à évolution assez rapide, mais à forme sèche. Les douleurs semblaient par leur intensité primer tous les autres symptômes et créer une indication particulière. Connaissant le travail de M. Quénu et le rapport de Verneuil à l'Académie, je pratiquai une intervention ayant pour but d'éteindre les souffrances, ce qui permettrait d'attendre la limitation de la gangrène et de faire plus tard une amputation économique.

Je fis l'*élongation des nerfs sciatiques poplité interne et externe*. Le malade fut soulagé, mais la gangrène continuant à gagner assez rapidement et l'état général devenant mauvais, je dus peu après me résoudre à l'amputation de la cuisse, qui procura la guérison. Ce cas a été publié dans tous ses détails dans les Bulletins de la Société anatomique (janvier 1903).

Que l'on s'adresse à la névrotomie ou à l'élongation, l'intervention algostatique me paraît certainement une très précieuse ressource dans ces cas où les souffrances sont d'une intensité effroyable alors que l'évolution de la gangrène ne semble pas exiger l'amputation immédiate. Le chirurgien peut ainsi gagner parfois du temps et grâce à ce délai espérer un résultat moins pénible pour le malade, en retardant l'amputation, jusqu'à la délimitation spontanée du mort et du vif.

M. Quénu. — Il ne faut pas mettre en parallèle l'*élongation* réalisée en particulier par Chipault et la *résection* des nerfs. Ce sont opérations toutes différentes.

Les conclusions du rapport de M. Mauclaire, mises aux voix, sont adoptées.

Présentations de malades.

Corps étrangers de l'urètre. — Phlegmon diffus après quatre ans de séjour. — Fistule. — Restauration.

M. Routier. — Je voulais vous présenter, vous comprendrez pourquoi il n'est pas venu, un malade âgé de quarante-deux ans, chez lequel j'ai eu à soigner des accidents très graves consécutifs à la présence de corps étrangers ayant séjourné cinq ans dans son urètre.

Voici le fait :

Le 13 janvier 1911, entrait dans mon service un homme paraissant grièvement atteint, avec 39°5 de température, la langue sèche, rôtie, présentant un vaste phlegmon diffus de toute la région des bourses et de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, avec un orifice à l'angle péno-scrotal par où sortaient du pus et des gaz infects.

L'externe qui vit le premier ce malade et commençait à le nettoyer, apercevant quelque chose d'anormal à l'orifice du méat, la verge étant considérablement tuméfiée, tira sur ce qu'il voyait et ramena la moitié d'une épingle anglaise toute oxydée qu'il me montra en me présentant son malade.

Je constatai l'existence d'un vaste phlegmon diffus, infiltration d'urine si on veut, avec plusieurs gros foyers communiquant : gros foyer dans l'abdomen, gros foyer scrotal, gros foyer dans le pli génito-crural droit. Le périnée profond paraissait indemne, le toucher rectal ne montrant rien d'anormal.

Je commençai par débrider largement tous ces foyers; il en sortit un pus et des gaz infects, et des lambeaux sphacélés.

Après un fort lavage de toutes ces régions, comme la vessie me paraissait pleine, je pratiquai un cathétérisme.

Passant d'abord une boule exploratrice dans le canal, je fus frappé de sentir comme un frottement pierreux à 6 centimètres environ du méat.

Remplaçant l'explorateur par une longue pince de Kocher, je saisis un corps étranger manifestement métallique.

Mais le malade hurlait, sans nous rien avouer; je fis donner du chloroforme, et, l'anesthénie une fois obtenue, je pus successivement pincer et extraire les trois grandes épingles à cheveux que je vous présente; j'ai dû les redresser en les enlevant; il m'a été fort difficile de les localiser exactement. Il me semble cependant que ces trois épingles étaient parallèles au canal, couchées sur son flanc gauche, et que les pointes seules pénétraient dans l'urètre.

J'enlevai en outre le tronçon d'épingle anglaise qui complétait le fragment enlevé par mon externe.

Restaient encore des parties incrustées qui grattaient un peu; je les fis disparaître avec une boule exploratrice 18.

Je pus alors sonder le malade et évacuer sa vessie. Mais tandis que les foyers phlegmoneux déjà ouverts se détergeaient, il se forma un nouveau foyer dans le pli génito-crural gauche, à la place où devaient être les épingles.

Ce foyer fut largement ouvert et lavé le 26.

A cette date, les plaies étaient encore largement béantes avec des sphacèles de tissu cellulaire.

Pour arriver à la détersion de ce foyer, et aussi à cause de la grosse perte de substance qui existait sur l'urètre près du pli péno-scrotal et à droite, je pratiquai le 3 février une urétrotomie externe, et mis une sonde à demeure par le périnée.

J'attendis alors patiemment la restauration de tous ces désordres. Ce fut long. Enfin, le 19 mai, tout était cicatrisé, sauf la perte de substance à l'urètre à droite au pli péno-scrotal; il y avait là un orifice égal à l'ongle de l'index.

Je procédai à l'avivement des bords, à leur libération et à leur suture avec sondes et tubes de Galli.

Le 26 mai, j'enlevai les fils, tout était cicatrisé.

Le 7 juin, j'enlevai la sonde périnéale; l'orifice se ferma spontanément en vingt-quatre heures.

Dès le 9, le malade urinait très bien et à plein canal, le n° 19 passait très facilement.

Nous avons pu finir par savoir que, cinq ans auparavant, un jour d'inoccupation, il s'était introduit les trois épingles à cheveux successivement dans l'urètre, sans pouvoir les faire ressortir.

Il souffrit quelques jours, puis tout se calma; il continua sans interruption son métier de jardinier.

Il y a un an, il se forma à gauche, côté où étaient les épingles, un abcès qui s'ouvrit spontanément et se referma.

Deux mois après, un nouvel abcès se produisait, à droite cette fois, plus gros; c'est celui qu'il aurait, disait-il, essayé d'ouvrir avec l'épingle anglaise qui encore lui aurait échappé, et dont mon externe et moi avons enlevé les deux fragments.

En même temps, l'abcès gauche se reforma, se rouvrit et resta fistuleux.

De sorte que depuis dix mois environ cette homme portait deux fistules urétrales, l'une à gauche, l'autre à droite, à peu près toutes deux dans l'angle péno-scrotal; c'est la fistule droite qui avait persisté à cause de la très grosse perte desubstance que j'ai fermée.

Le fait curieux de cette observation réside surtout en ce que cet homme a pu quatre ans durant porter le long de son urètre ces trois grosses épingles à cheveux sans en être autrement incommodé.

Psychopathies et indications opératoires.

M. Lucien Picqué. — L'effroyable tragédie de l'Hôtel-Dieu ramène cruellement l'attention sur la question des psychopathies en chirurgie et des contre-indications opératoires d'ordre mental qu'elles peuvent entraîner.

Or, j'ai eu l'occasion d'observer ces jours-ci à Lariboisière deux

malades qui sont bien intéressants à cet égard. L'un deux, que je vous présente aujourd'hui, était en traitement dans un service de médecine : syphilitique avéré, il avait brusquement présenté des troubles de la parole qui cédèrent presque complètement au traitement mercuriel. Il se plaignit alors de souffrir de l'anus et me fut envoyé.

Ce malade présente tous les signes d'une paralysie générale au début. Inégalité pupillaire. Accrocs de la parole. La ponction lombaire est positive et révèle une lymphocytose prononcée. La syphilis remonte à six ou sept ans et n'a jamais été traitée d'une façon régulière.

La connaissance que j'ai de ces malades me permit de reconnaître un état hypocondriaque, si fréquent chez les paralytiques généraux, et qui se traduisait chez lui par des préoccupations exagérées du côté de l'anus.

Il se plaint d'avoir des hémorroïdes douloureuses, de souffrir en allant à la garde-robe, d'éviter les évacuations et dès lors de présenter des troubles dus à la rétention des matières.

Or, l'examen de l'anus ne décèle aucune hémorroïde; tout au plus pourrait-on admettre l'existence d'une fissure anale, tant sont vives les douleurs qu'il accuse.

Selon une pratique à laquelle je me suis toujours conformé, j'ai demandé l'avis d'un aliéniste, et voici la note qu'a bien voulu me remettre M. Juquelier, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté (10 juillet 1911) :

« Je crois comme vous qu'il s'agit d'un paralytique général relativement peu avancé, mais ayant des signes physiques indiscutables (accrocs de la parole, pupilles inégales et paresseuses) d'une part, et, d'autre part, de l'affaiblissement léger des facultés mentales avec irritabilité et variabilité de l'humeur.

« Son délire est mobile, il va de l'optimisme aux préoccupations hypocondriaques ; il existe aussi des idées de persécution contre le médecin de Lariboisière qui lui a fait des piqûres *inutilement*, dit-il.

« Au point de vue qui vous occupe, il est donc très démonstratif. »

Voilà donc, Messieurs, un paralytique général hypocondriaque.

L'affection qu'il accuse ne comporte qu'une symptomatologie fonctionnelle d'origine cérébrale. Je m'abstiens donc de l'opérer et mon abstention est justifiée parce qu'une opération ne pourrait le guérir d'une maladie imaginaire, qu'elle aggraverait son état mental et peut-être exagérerait ses idées de persécution.

J'ai engagé la famille, d'après l'avis de M. Juquelier, à faire un placement volontaire.

Nota. — J'apprends à l'instant que le malade vient d'être pris d'une crise et ne peut vous être amené. J'espère pouvoir vous le présenter mercredi prochain.

Fracture verticale de l'extrémité inférieure du tibia.

M. E. Potherat. — Je vous présente, messieurs, deux radiographies vous montrant dans deux plans perpendiculaires, l'un antéro-postérieur, l'autre transverse, une fracture de l'extrémité inférieure du tibia (fig. 1 et 2).



Fig. 1.

Cette fracture doit être rare, car je n'en ai pas trouvé d'exemple dans nos classiques et dans le Traité d'Hamilton. Personnellement, c'est le premier fait de cette nature que j'observe, et si, grâce à la déformation et la crépitation, la fracture était évidente, seule la radiographie pouvait nous montrer la direction du trait de fracture. A cet égard, ces deux radiographies dues à M. le Dr Bonniot, du laboratoire de l'hôpital Broussais, ne laissent rien à désirer.

Vous voyez que ce trait oblique presque vertical de haut en bas et d'avant en arrière, a détaché un grand fragment cunéiforme à sommet supérieur, emprunté à la crête du tibia, et base inférieure

constituée par presque toute la surface articulaire du tibia, malléole comprise. La face postérieure de l'os est continue jusqu'à l'article. C'est donc les deux tiers antérieurs environ de l'extrémité inférieure du tibia qui ont été détachés. Le fragment en se portant en avant débordait la poulie astragalienne formant une saillie en avant du cou-de-pied, saillie très nette sur la radiographie antéro-postérieure (fig. 2). Le péroné et la symphyse péronéo-tibiale inférieure sont restés intacts. Il n'y a donc ni



Fig. 2.

fracture du péroné, ni diastasis péronéo-tibiale inférieure; aussi n'y avait-il pas de ballottement astragalien.

C'est donc bien là une fracture isolée du tibia à son extrémité inférieure, fracture verticale, rappelant, quoique un peu différente, une fracture déjà insolite que j'ai présentée ici il y a quelques années.

Les conditions dans lesquelles s'est produite cette fracture sont très intéressantes. Le blessé, charretier vigoureux de trente-six ans, avait fait une chute d'une hauteur de $1^{m},20$ environ. Il était

tombé verticalement sur les deux pieds; je dis sur les pieds sans torsion, sans déviation du pied. Le malade a perçu un craquement, il n'est pas tombé; il est resté debout, mais n'a pu se déplacer et à dû être transporté. C'est donc par un mécanisme qui rappelle celui de la *fracture par pénétration du tibia*, qu'a dû se produire cette fracture. Pressé entre le poids du corps, précipité de haut en bas, et la résistance du sol transmise par le calcanéum et l'astragale, l'extrémité inférieure du tibia éclata partiellement, et ainsi fut constitué le fragment cunéiforme antérieur.

M. E. SCHWARTZ. — J'ai pour la première fois, l'année dernière, observé deux malades présentant cette fracture verticale de l'extrémité inférieure.

Papillomes laryngés récidivants.

M. le Dr HALPHEN présente une malade atteinte de *papillomes laryngés récidivants*, qui fut traitée par *laryngostomie* avec *dilatation caoutchoutée.*

La présentation de M. le Dr Halphen est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. SEBILEAU est nommé rapporteur.

Présentation de pièces.

Un cas de suture artérielle.

M. H. MORESTIN. — Les cas de suture artérielle pratiquée chez l'homme étant encore peu fréquents, malgré l'abondance des documents fournis par la chirurgie expérimentale, je me permets de vous en rapporter un exemple encourageant, bien que le malade ait succombé. Il est mort, en effet, d'une complication tout à fait étrangère à l'intervention, et l'examen de la pièce est particulièrement instructif, car il montre que dans des conditions en apparence très défavorables nous avions obtenu un succès local aussi complet que possible.

Le malade Isidore M... était entré une première fois dans mon service à Tenon le 9 juin 1909 pour un épithélioma déjà fort étendu de la lèvre inférieure, avec adénopathies volumineuses sous-maxillaires et même carotidiennes. Il avait alors près de

soixante-quinze ans. Néanmoins, comme il était encore assez robuste, je n'hésitai pas à faire toutes les tentatives convenables.

Le 11 mai 1909, je pratiquai l'extirpation des ganglions sous-maxillaires et carotidiens du côté droit et aussi des ganglions sus-hyoïdiens médians. La carotide externe fut liée entre la thyroïdienne supérieure et les branches faciale et linguale.

Le 25 juin, je fis l'ablation des ganglions du côté gauche du cou, liai la carotide externe et la jugulaire interne. Dans cette même séance, je pratiquai l'exérèse des lésions labiales, c'est-à-dire que j'enlevai la lèvre inférieure en totalité, en passant même au delà de ses limites.

Le 22 juillet 1909, je restaurai la lèvre inférieure à l'aide de deux lambeaux pris sur les joues et la lèvre supérieure, procédé que j'emploie très souvent et qui me paraît le meilleur pour la chiloplastie totale après extirpation des néoplasmes.

Le vieillard supporta fort bien ces diverses opérations, dont le résultat immédiat fut excellent, et pendant plusieurs mois sa satisfaction fut complète.

Malheureusement survint une récidive, qui ramena dans mon service Isidore M..., le 1er juin 1910. Il présentait alors au côté droit du cou une tumeur dure ayant la forme et le volume d'un petit œuf de poule, répondant aux régions sous-maxillaire et carotidienne, paraissant assez circonscrite, mais déjà largement adhérente aux téguments et peu mobile sur les parties profondes et tenant même quelque peu au maxillaire inférieur.

Le cas était certes des plus mauvais et l'intervention s'annonçait d'autant plus difficile, qu'une dissection fort étendue ayant été faite précédemment, les rappports et l'aspect des organes devaient être sans aucun doute plus malaisés à reconnaître. De plus, notre homme avait maintenant près de soixante-seize ans. Cependant il était courageux et plein de confiance; son état général était encore passable; je me décidai à extirper cette masse cancéreuse.

L'opération eut lieu le 17 juin 1910. Dès le début, je dus me résoudre à sacrifier les téguments qui couvraient la tumeur, c'est-à-dire toute la peau de la région sous-maxillaire. Deux incisions courbes se réunissant en avant sous le menton, en arrière sur le sterno-mastoïdien au-dessous de l'angle de la mâchoire délimitèrent le fragment de peau condamné. Puis commença la dissection. Le périoste du maxillaire fut détaché à la rugine et laissé adhérent à la tumeur. Le digastrique fut désinséré, libéré et rejeté en dehors avec la masse néoplasique. Celle-ci fut graduellement détachée de ses connexions supérieure, antérieure, inférieure et cette libération méthodiquement conduite eût été promptement terminée si le pôle postérieur de la tumeur n'eût plongé dans une gangue

fibreuse qui englobait en même temps les gros vaisseaux. Avec beaucoup de peine, je pus reconnaître successivement la carotide primitive, la bifurcation, l'origine de la carotide externe, la thyroïdienne supérieure devenue énorme.

La tumeur adhérait très fortement à la carotide externe au-dessus du point où elle émettait la thyroïdienne, adhérence peu étendue, mais très ferme. La situation devenait délicate. Il était impossible d'isoler la carotide externe, de la séparer de l'interne à cause de la densité du tissu fibreux ambiant. Il fallait ou bien supprimer le tronc carotidien, ce qui me paraissait fort dangereux, ou bien abandonner dans la plaie un fragment de cancer, ce à quoi je ne pouvais aisément consentir, ou encore réséquer une partie de la paroi artérielle et fermer la brèche par une suture.

Ce dernier parti me parut le meilleur, encore qu'aléatoire, car le défaut de souplesse de l'artère et des tissus voisins pouvaient gêner le rapprochement des bords de la plaie artérielle et, d'autre part, la couverture tégumentaire faisait défaut.

Donc, j'achevai de détacher la tumeur, en réséquant la paroi antérieure de la carotide externe au voisinage de son origine, entre celle-ci et le point où la ligature avait été appliquée antérieurement sur une hauteur de 9 millimètres environ. L'origine de la thyroïdienne supérieure fut comprise dans le territoire sacrifié. La carotide primitive était pendant ce temps comprimée, aplatie, avec les doigts. J'avais auparavant préparé une aiguille à broder, enfilée de soie très fine 000. Je pratiquai successivement deux surjets, l'un mettant en contact les lèvres de la plaie artérielle, en prenant toute l'épaisseur de la paroi, l'autre ramenant au-devant de cette suture les tissus fibreux du voisinage.

Par nécessité, la plaie fut laissée béante, et je me bornai à la bourrer mollement de gaze iodoformée.

L'opéré avait fort mal supporté le chloroforme et, à diverses reprises, nous avait même inspiré durant l'intervention d'assez vives inquiétudes.

Il se remonta cependant très vite, et, le jour même put se lever, comme je le recommande expressément pour tous mes malades ayant subi de grandes opérations sur la face, la bouche ou le cou.

J'étais relativement tranquille, ayant pu ramener une certaine épaisseur de tissus fibreux au-devant du surjet artériel qui s'était lui-même montré parfaitement étanche. De fait les suites locales furent excellentes et pendant plusieurs jours j'eus les meilleures raisons d'espérer la parfaite guérison de mon malade. Celui-ci, levé dès le jour de l'opération, se promenait dans la salle et le surlendemain dans le jardin. La plaie soigneusement pansée se comportait au mieux, se réduisait, commençait à se combler, à se

niveler. Déjà la partie suturée avait disparu promptement sous les bourgeons charnus. Bref, au huitième jour tout s'annonçait bien, l'état général n'avait aucunement fléchi; la température restait à la normale depuis l'opération, l'appétit était revenu. Or, au neuvième jour, le 25 juin, le vieillard, qui, le matin, était gai, dispos, avec 36°4 de température, prit froid, et le soir eut un frisson suivi d'une brusque élévation thermique (40°2).

Le lendemain 26, je constatai tous les signes d'une pneumonie droite.

Cette complication emporta le malade au bout de cinq jours. Il succomba le 30 juin.

Les phénomènes survenus du côté du poumon n'avaient en rien troublé l'évolution de la plaie et son effort constant vers la réparation.

L'autopsie pratiquée le 2 juillet 1910 montra que la mort était bien due à la complication pulmonaire et à elle seule.

La plaie artérielle était très exactement fermée et le vaisseau solidement doublé à l'extérieur d'une épaisse plaque conjonctive. Chose remarquable, il n'y avait pas le moindre caillot dans la lumière artérielle en regard de la ligne de suture dont, sur l'artère fendue et étalée, on n'aperçoit plus le fil.

M. Routier. — J'espère pouvoir vous présenter bientôt un malade à qui j'ai fait, il y a quatorze jours, une suture latérale de l'aorte abdominale et qui est en bonne voie de guérison.

M. Monod. — La suture a-t-elle été perforante ou non perforante?

M. Morestin. — Elle a été perforante.

Cancer de la jambe développé sur une ancienne brûlure. — Proposition d'une technique applicable à l'extirpation méthodique et large des lésions sans sacrifice du membre.

M. H. Morestin. — L'amputation semble aujourd'hui encore d'une façon très générale le traitement régulier et nécessaire des cancers étendus développés sur les vieux ulcères de jambe ou sur les cicatrices anciennes de brûlures graves ayant détruit une grande étendue des téguments de la jambe. Sans doute, il est des circonstances où le sacrifice du membre s'impose absolument,

mais je pense qu'il faut renoncer à l'amputation systématique et orienter d'une tout autre façon la technique.

On peut, même en présence de lésions étendues et déjà adhérentes aux plans profonds, pratiquer des opérations bien plus satisfaisantes, laissant l'espérance de conserver au sujet un membre utile, tout en attaquant la maladie d'une façon large, hardie et méthodique.

Telle est du moins la conclusion que je voudrais tirer de l'examen des pièces que je vous présente. Elles proviennent d'un malade de mon service, J. L..., âgé de trente ans, entré le 30 mai dernier à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, 14. Je n'ai pu, il est vrai, réaliser entièrement le plan que je m'étais tracé, puisque j'ai dû secondairement amputer la cuisse, mais c'est exclusivement la faute du sujet, déplorable névropathe, qui n'a voulu en rien seconder mes efforts et m'a contraint finalement à adopter la solution que j'avais tout fait pour éviter. Mais ceci n'infirme en rien la proposition que j'avançais tout à l'heure, à savoir la possibilité d'une exérèse très large avec conservation du membre, et ce que je n'ai pu achever chez mon malade serait, j'en suis sûr, applicable à un autre plus patient et plus docile.

L... a été, dans son enfance, victime d'un affreux accident. A l'âge de dix ans, il a été terriblement brûlé au membre inférieur droit par l'explosion d'une bonbonne d'essence minérale. Il a eu des brûlures étendues et profondes, couvrant toute la jambe et presque toute la cuisse. Pendant des années, il a suppuré. Puis à tout propos ses cicatrices se sont ulcérées à nouveau.

A plusieurs reprises, on lui a fait des greffes, sans arriver à lui procurer la guérison durable. Depuis vingt ans, il n'a guère fait que d'aller d'un hôpital à l'autre, et ses longues souffrances expliquent, excusent même un peu, son nervosisme, son aigreur, sa rudesse et son infériorité intellectuelle.

Un ulcère était devenu permanent à la face interne de la jambe. Il y a quelques mois sa surface commença à végéter d'une manière insolite, et bientôt se constitua une tumeur volumineuse dont les progrès furent de plus en plus rapides.

Au moment de l'entrée du malade à Tenon, les lésions étaient énormes et le diagnostic évident. Une grosse masse cancéreuse couvrait la partie interne de la jambe, au niveau du tiers supérieur et du tiers moyen de la jambe, sanieuse, végétante, d'odeur infecte, entourée d'un bourrelet très accusé et s'accompagnait d'une adénopathie inguinale déjà très manifeste. La tumeur s'infiltrait déjà dans la profondeur et ses connexions avec la face interne du tibia étaient hors de doute. La jambe était en flexion

sur la cuisse à cause des coarctations cicatricielles anciennes, mais le malade affirmait que cette attitude vicieuse était depuis quelque temps plus accusée.

Le 9 juin 1911, je pratiquai une opération ayant pour but d'extirper méthodiquement la totalité des lésions, c'est-à-dire de supprimer la tumeur elle-même, les ganglions et autant que possible les lymphatiques intermédiaires. Je commençai par l'évidement du triangle de Scarpa, évidement très complet en allant de la périphérie au centre pour enlever en bloc tous les ganglions avec leur atmosphère, cellulo-graisseuse, sans voir ni toucher directement aucun d'entre eux.

Puis, disséquant de haut en bas, j'extirpai la veine saphène interne en gardant autour d'elle le tissu cellulaire et la graisse, sacrifiant une bande large de trois à quatre travers de doigt, dans l'espoir d'emporter en même temps que la veine les principaux troncs lymphatiques. Au niveau du genou, je commençai à tracer une sorte de raquette, dont l'incision fémorale eût figuré le manche; cette raquette cernait à grande distance les lésions de la jambe.

Ayant traversé les couches superficielles, je pénétrai dans l'épaisseur des muscles, séparai le jumeau interne de l'externe, puis du soléaire, et constatai que l'interstice de ce dernier avec le jumeau était parfaitement libre et que la face profonde du jumeau interne était saine; je séparai entièrement ces deux muscles, le jumeau interne restant attaché à la tumeur. Ce muscle fut sectionné tout à fait en haut à son insertion, tout à fait en bas au niveau de son aponévrose de terminaison, D'autre part, en dehors et en avant, je sacrifiai également une grande partie du jambier antérieur, et, comme je l'avais fait en arrière, arrivai au contact du tibia.

Je divisai alors verticalement le tibia à la scie, détachant toute la partie qui correspond à sa face interne, à ses bords antérieur et interne et ouvrant dans presque toute sa hauteur le canal médullaire. Après quelques efforts, je pus arriver à ce résultat et pus enlever d'un bloc la tumeur et ses entours, les ganglions et un large cordon intermédiaire.

La section des brides cicatricielles et une dissection assez courte me permirent de redresser complètement le membre ; rendu à l'horizontale, il fut installé dans une gouttière de Bœckel.

Les suites de cette intervention furent des plus heureuses. Toute la plaie fémorale se réunit par première intention. La plaie de la jambe elle-même offrait le meilleur aspect, et j'avais la certude de pouvoir, dans un avenir prochain, la couvrir de greffes. Mais j'avais compté sans mon malade. Il fut tellement insupportable, se plaignit d'une façon si bruyante et si violente, troubla

tellement le repos de la salle, nous causa de tels désagréments que je fus contraint, pour mettre un terme à ses récriminations, de pratiquer l'amputation de la cuisse à sa partie moyenne. Cette amputation tant réclamée ne contenta point d'ailleurs cet homme difficile, qui se montra encore plus malcommode après qu'avant. On ne put jamais faire tenir un pansement sur son moignon, qui resta en somme à peu près constamment à découvert, en contact avec les draps. Ce qui n'empêcha point, d'ailleurs, la réunion, qui fut primitive et absolument parfaite.

L'examen du membre amputé augmente encore mes regrets, car il montre combien l'opération d'exérèse était satisfaisante, et avec quelle rapidité la plaie de la jambe s'était organisée et nivelée.

Je pense donc que chez un autre sujet nous aurions pu et dû enregistrer un beau succès, et je n'hésiterai pas le cas échéant à utiliser la même technique.

Une addition au manuel opératoire me paraît cependant utile. J'ai voulu m'assurer sur le membre amputé de l'état des ganglions du creux poplité. J'en ai trouvé deux augmentés de volume à la partie interne du paquet vasculo-nerveux. Ils n'étaient pas cancéreux, du moins l'examen n'a pu l'établir. Néanmoins, leur extirpation eût été une précaution bonne à prendre. Je pense donc qu'il serait convenable d'ajouter à l'opération, pratiquée comme nous l'avons faite chez notre malade, l'exploration du creux poplité et l'extirpation des ganglions, pour peu qu'ils soient augmentés de volume ou seulement reconnaissables.

M. Quénu. — J'ai deux pièces analogues dans mon laboratoire. J'en retiens une. Il s'agit d'un homme jeune qui vit survenir un épithélioma sur une cicatrice de plaie du talon. J'ai fait une opération économique en quelque sorte, sous la forme d'une amputation basse de la jambe, avec ablation en bloc des ganglions du triangle de Scarpa.

Je n'ai pas, je l'avoue, ouvert le creux poplité, où je n'avais pas senti de ganglions. Mais j'ai réséqué toute la saphène interne jusqu'à sa partie supérieure avec les lymphatiques qui l'accompagnent.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Deux observations de *kystes du pancréas*, par le Dr O. GUELLIOT (de Reims), membre correspondant (voir page 1019).

3°. — Une observation de *fibromyome du ligament large à dégénérescence myxomateuse et à évolution périnéale dans le cours de la grossesse. Extirpation. Accouchement à terme. Guérison*, par M. le Dr CHAVANNAZ (de Bordeaux), membre correspondant (voir page 1022).

A propos de la correspondance.

Deux observations de kystes du pancréas,

par M. le Dr O. GUELLIOT (de Reims).

Ces deux observations sont de simples documents versés à l'enquête ouverte sur les kystes du pancréas.

La première est surtout intéressante par l'âge de l'opérée, les kystes étant fort rares chez l'enfant, ainsi qu'en fait foi la statistique de Villar.

I. — Emilienne L..., huit ans, est vue pour la première fois par un médecin en janvier 1904 : le ventre est sensible, avec un léger épanchement ; on craint le début d'une péritonite tuberculeuse. Mais la santé reste bonne et, cinq mois plus tard, le Dr Faille (de Fismes), l'examinant à nouveau, constate une tumeur volumineuse de la région sus-ombilicale faisant penser à un kyste hydatique du foie ; il envoie la fillette à l'Hôtel-Dieu de Reims, où elle entre le 15 juin.

L'enfant ne se plaint pas, elle est très gaie et a fréquenté l'école jusqu'à ce jour ; rien à noter du côté des digestions. Une grosse tumeur arrondie, rénitente, manifestement kystique, occupe toute la région sus-ombilicale, débordant un peu plus à gauche qu'à droite et descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sa matité se continue avec celle du foie ; cependant elle est bien franchement abdominale et n'empiète pas sur la région sous-costale.

Laparotomie le 22 juin 1904. Une grande incision médiane part de la pointe du sternum et, près de l'ombilic, se dévie à gauche pour descendre encore de quelques centimètres. Le ventre ouvert, la tumeur est encore recouverte d'une couche séreuse mince contenant de nombreux vaisseaux ; après avoir traversé et décollé aussi loin que possible cette couche péritonéale, on ponctionne et on évacue un litre et demi de liquide d'un brun-rougeâtre. La poche a une paroi assez résistante, mais on essaye en vain de la séparer des organes voisins auxquels elle adhère entièrement, en haut, à la face inférieure du foie, à gauche de l'estomac, en bas, du côlon transverse qui est abaissé. Le kyste a donc soulevé l'épiploon gastro-hépatique ; sa cavité s'étend surtout à droite, où on la sent solidement fixée dans la profondeur. Toutes ces adhérences étant très intimes, on ne peut isoler que la partie superficielle de la paroi, dont on enlève une calotte comprenant environ le tiers de la poche ; le reste est fixé à la peau et la plaie opératoire est largement retrécie par des sutures ; drain et mèche dans la cavité.

L'écoulement, d'abord très abondant, diminue assez rapidement, à aucun moment il n'y a de fièvre, et l'enfant, complètement guérie, quitte l'hôpital le 28 août, La cicatrisation s'est faite en deux mois, sans fistule.

Depuis, la santé a été parfaite, sauf, en 1910, une grippe compliquée de pleurésie aiguë.

Dans le second cas, le résultat est moins satisfaisant, puisqu'il persiste une fistule depuis deux ans. Le kyste siégeait au niveau de la tête du pancréas et simulait une vésicule distendue.

II. — Le malade, D..., habitant le département de l'Aisne,

avait depuis longtemps, plusieurs années dit-il, des douleurs dans le ventre avec prédominance en haut et à droite. Plusieurs médecins furent consultés qui émirent des diagnostics variés et finirent par s'arrêter à celui de lithiase biliaire. Cependant il n'y avait jamais eu de coliques hépatiques franches. La douleur était sourde, presque continue, avec par moments des exacerbations sous forme de sensations de brulûre commençant dans la région sous-hépatique et descendant vers le bas du ventre. Jamais non plus d'ictère. Mais le malade s'affaiblissait. En avril 1909, un médecin ayant découvert une tuméfaction au-dessous du foie, D... vient à Reims, où nous l'examinons le 1er mars, avec notre ami le Dr Levêque.

Cet homme, qui a quarante et un ans, est très amaigri et ne pèse plus que 48 kilogrammes. Les digestions sont lentes, pénibles, incomplètes, les selles peu colorées; les douleurs sont à peu près constantes. Au-dessous du rebord des fausses côtes, à droite, en dehors du bord externe du muscle droit, on sent et on voit une tumeur bien ronde, ayant à peu près le volume du poing, vaguement rénitente. Elle paraît être la vésicule biliaire, bien qu'elle semble un peu détachée du bord inférieur du foie, cependant sans interruption de la matité.

Le 3 mars, une incision verticale est pratiquée sur le bord du muscle droit; mais après avoir traversé la paroi, il faut inciser une lame péritonéale avant d'arriver sur le kyste; on reconnaît de suite que celui-ci est complètement indépendant du foie et de la vésicule; le duodénum empiète un peu sur sa face antérieure. Le Dr Levêque et moi pensons aussitôt à un kyste de la tête du pancréas. Une ponction évacue un verre de liquide transparent, à teinte orangée, dans lequel une analyse succincte n'a décelé aucun élément biliaire. Puis la poche, dont la paroi est grisâtre et assez épaisse, est longuement ouverte; elle adhère entièrement à la tête du pancréas et on se demande si le kyste est purement glandulaire ou s'il n'est pas d'origine néoplasique. Suture des bords de la paroi à la peau. L'opéré quitte la clinique vingt jours après, portant une fistule qui n'est pas encore fermée aujourd'hui. Six semaines plus tard, il est pris d'accidents aigus : douleurs, vomissements, ictère passager, état général inquiétant, puis tout rentre dans l'ordre, les digestions redeviennent bonnes, le poids, qui était descendu à 48 kilogrammes avant l'opération, remonte à 62.

J'ai revu le malade récemment. Il pèse de 59 à 60 kilogrammes, il a de temps à autre quelques douleurs vagues, très supportables, la région opérée est le siège d'une éventration à travers laquelle s'élève un petit bourgeon charnu, humide; l'écoulement a cessé

depuis six semaines, mais il est fort probable que la fistule se rouvrira bientôt et laissera couler, comme auparavant, une petite quantité de liquide d'aspect muqueux, un peu jaunâtre.

Fibromyome du ligament large, à dégénérescence myxomateuse et à évolution périnéale, dans le cours de la grossesse. Extirpation. Accouchement à terme. Guérison,

par M. G. CHAVANNAZ (de Bordeaux),
et M. E. LOUBAT, interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux.

X..., trente-deux ans, cultivatrice, est envoyée le 1er juin 1910 dans le service de clinique gynécologique par le Dr Dagail, de Segonzac, parce qu'au troisième mois de sa première grossesse elle s'est aperçue qu'elle portait au niveau de la partie gauche de la vulve et de l'anus une grosseur de consistance molle qui, augmentant de volume dans la station debout et sous l'influence de la toux, s'affaissait dans le décubitus dorsal.

Cette femme, issue de parents en bonne santé, indemnes de tumeurs ou de hernies, est habituellement bien portante. C'est à peine si dans son histoire on relève une rougeole dans sa première enfance, une scarlatine sans lésions rénales à dix-sept ans, et une bronchite à vingt-sept ans. Celle-ci l'immobilisa au lit pendant quinze jours et nécessita l'emploi de vésicatoires, mais depuis, seule la toux reparaît quelquefois l'hiver. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

Réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis, et cela habituellement sans douleur, sauf depuis deux ou trois ans où de fortes coliques coïncidaient avec l'écoulement. Jamais de pertes dans l'intervalle. Mariée à dix-neuf ans, elle a attendu jusqu'à maintenant sa première grossesse. Les dernières règles, normales comme date d'apparition, comme abondance et comme durée, datent du 17 au 24 janvier 1910. Depuis, pas le moindre écoulement sanguin. Au mois de février, des vomissements muqueux se montrèrent à divers moments de la journée, l'appétit fut capricieux, les seins augmentèrent de volume et devinrent le siège de picotements. A la suite, le ventre devint sensiblement plus gros, tous signes qui firent rationnellement penser à un début de grossesse.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, vers le 10 mai, la malade étant couchée sur le côté droit, constata par hasard la présence à gauche de la région anale, au-dessus du pli fessier,

d'une grosseur du volume du poing environ et pas très dure. Elle put, par la suite, se rendre compte que son volume variait suivant les moments : dans la station debout la tumeur était plus volumineuse, elle augmentait aussi pendant les accès de toux dus à un rhume concomitant. La main qui la palpait la sentait diminuer de volume sous la pression. Cette tumeur était et est encore absolument indolore; aussi la malade ne peut savoir depuis combien de temps elle existait lorsqu'elle fut constatée par hasard, d'autant plus qu'elle n'accuse aucun traumatisme, aucun effort violent ; à peine si un interrogatoire minutieux révèle quelques troubles dans l'état antérieur. C'est ainsi que X... a remarqué que, constipée habituellement, elle l'est d'une façon opiniâtre depuis le début de sa grossesse. Sans doute, elle allait à la selle tous les jours, mais elle n'expulsait qu'une petite quantité de matières très dures, cela au prix de violents efforts et d'une vive douleur anale. Vers le mois de février, cette constipation était entrecoupée de petites crises diarrhéiques, les selles conservant toujours leur couleur normale. Enfin, depuis un an, à de rares intervalles, il lui est arrivé d'avoir la nuit de faux besoins d'uriner. Ce phénomène se reproduisait un peu plus souvent pendant six mois; les mictions étaient devenues beaucoup plus fréquentes, mais ne s'accompagnaient d'aucune sensation douloureuse ; les urines elles-mêmes n'avaient pas changé de caractère.

Ces divers phénomènes n'ont d'ailleurs pas eu de répercussion sur l'état général de cette femme : pas d'amaigrissement, pas de perte des forces. L'appétit, un peu capricieux au début de la grossesse, est redevenu bon ensuite. Elle n'accuse aucun symptôme fébrile.

L'aspect extérieur de la malade, son teint et son embonpoint font présumer une bonne santé.

L'examen de l'abdomen révèle peu de modifications à l'inspection, peut-être cependant le bas-ventre est-il un peu saillant. La palpation montre qu'il existe dans la région hypogastrique une tumeur arrondie, régulière, remontant au niveau de l'ombilic; elle est nettement déjetée vers la droite, emplissant la fosse iliaque droite, elle laisse libre la fosse iliaque gauche, dans laquelle on ne relève rien de particulier. La tumeur a une consistance ferme, elle est un peu mobile latéralement. La percussion la montre mate, l'auscultation ne permet de constater ni chocs, ni battements fœtaux au moment de l'entrée de la malade dans le service, mais ceux-ci peuvent être perçus le 23 juin.

Le reste de l'abdomen est normal, en particulier il n'existe aucune pointe de hernie ombilicale, inguinale ou crurale.

Lorsqu'on examine la région périnéale, la femme étant dans la

position de la taille, on constate que le périnée est déformé asymétriquement par une tuméfaction du volume d'une orange environ, tuméfaction qui soulève la partie inférieure du pli génito-crural gauche, un peu au-dessous de sa partie moyenne, et la partie inférieure de la grande lèvre gauche. En dedans, sa limite est formée par le bord interne de la moitié inférieure de la grande lèvre gauche, le raphé médian et l'anus; en dehors, elle atteint le pli génito-crural et arrive jusqu'à l'ischion. Cette tuméfaction est régulièrement arrondie, la peau à son niveau ne présente pas de coloration spéciale, seule se détache sur elle une veinule assez dilatée, à direction transversale.

En palpant cette tumeur, on reconnaît qu'elle est peu tendue, plutôt mollasse; facile à déprimer, elle paraît réductible sans qu'on puisse la faire disparaître en totalité et sans que ces manœuvres fassent naître du gargouillement. Aucune zone indurée ne tranche sur cette mollesse générale, la consistance un peu pâteuse est la même partout et il n'y a pas de fluctuation. L'exploration n'éveille aucune douleur.

Si la tumeur semble réductible, par contre, pendant l'effort et sous l'impulsion de la toux, on constate qu'elle augmente nettement de volume; la station debout a le même effet.

Pendant les tentatives de réduction, après avoir chassé la masse, deux doigts s'engagent facilement en dedans et en arrière de l'ischion dans une sorte de canal qui n'a point d'homologue à droite.

Cette tumeur est toujours mate, même lorsqu'elle a son maximum de distension pendant l'effort.

Par le toucher vaginal, on trouve un col ramolli, de dimensions moyennes, haut situé, dirigé un peu en arrière et à gauche. Le corps utérin est augmenté de volume; c'est lui qui, gravide, constitue la masse déjetée à droite perçue par la palpation abdominale. Le bassin n'est pas rétréci, il ne présente à sa partie interne aucun point osseux douloureux. Si à droite les doigts introduits dans le vagin atteignent facilement la paroi pelvienne, à gauche et en arrière ils en sont éloignés par une masse dont la consistance molle et souple rend les limites imprécises; cette masse est perçue à travers toute la paroi latérale gauche du vagin, sans que celle-ci soit vraiment refoulée par elle. Il n'y a pas de prolapsus utérin ou vaginal, la partie restante du périnée étant en bon état et la vulve toute petite.

Par le toucher rectal, la tumeur se retrouve sur la gauche avec sa mollesse caractéristique. En combinant les touchers rectal et vaginal, et en essayant de saisir la tumeur, on constate qu'elle échappe à l'étreinte, cela sans produire du gargouillement, sans

qu'on perçoive de partie indurée. Les limites supérieures de la tumeur ne peuvent être précisées, même par le toucher combiné.

Le squelette du bassin, l'articulation coxo-fémorale, la colonne vertébrale ne présentent ni déformation, ni points douloureux.

Il existe quelques très petits ganglions inguinaux aussi bien à droite qu'à gauche, ils ne sont pas caractéristiques.

Lorsqu'on examine la malade dans la station debout, aucune déformation ne se perçoit en avant, mais vue de dos elle présente une saillie anormale à la partie postéro-interne de la fesse gauche; cette saillie, de la grosseur d'une orange environ, déforme le pli fessier de ce côté en l'abaissant, si bien qu'il est horizontal dans sa partie interne au lieu de se relever vers le haut comme à droite où il forme une courbe régulière. La palpation dans la station debout ne donne pas de renseignements nouveaux; ici encore on peut réduire la tumeur à peu près en totalité, et deux doigts s'engagent à sa suite dans une dépression profonde limitée en dehors par l'ischion.

L'appareil urinaire a fait l'objet d'un examen tout spécial. Les troubles fonctionnels consistent en pollakiurie et faux besoins; mais si la pollakiurie est de date récente et peut être liée à la grossesse, les faux besoins existent depuis un an environ. L'examen des reins ne révèle rien de particulier. L'urine à ce moment-là ne contient ni sucre, ni albumine.

La vessie n'est pas douloureuse à la pression. Lorsqu'elle a été en apparence vidée par le cathétérisme, elle contient encore une certaine quantité d'urine qui est évacuée quand la main vient presser sur la portion périnéale de la tumeur. En injectant de l'eau dans la vessie, on constate que celle-ci est tolérante et que l'on doit introduire 500 centimètres cubes de liquide avant que la malade accuse l'envie d'uriner. A ce moment-là le globe vésical se dessine nettement à travers la paroi de l'hypogastre, formant une tumeur mate remontant à 8 centimètres au-dessus du pubis ; dans ces conditions la tumeur périnéale n'est pas augmentée de volume, mais quand on appuie sur elle on voit que la pression se communique à la vessie, qui est soulevée légèrement, sans qu'il y ait cependant de fluctuation transmise. Enfin, de ce côté de la tumeur, on ne constate aucune modification appréciable dans sa grosseur et sa tension au fur et à mesure que la vessie se vide. Injectant par la sonde 500 centimètres cubes d'air dans la vessie, il se produit une voussure sus-pubienne sonore à la percussion; dans ces conditions la tumeur périnéale n'augmente pas de volume, mais elle est plus mate, elle est devenue faiblement, mais nettement sonore, la partie symétrique droite du périnée présente d'ailleurs une sonorité aussi marquée. En faisant cette recherche sur une femme saine,

nous avons pu nous convaincre que la distension de la vessie par l'air détermine l'apparition d'une zone de sonorité de chaque côté du raphé périnéal. Il n'y avait donc pas là de signe permettant de tirer conclusion en faveur d'une communication de la tumeur avec la vessie.

Du côté des autres appareils on ne trouve pas grand'chose à noter. Les seins peu voluminenx présentent quelques tubercules saillants au niveau de l'aréole; la pression du mamelon fait sourdre du liquide clair.

Il n'y a pas de lésion objective de l'appareil digestif.

Du côté de l'appareil respiratoire, il faut signaler que si la percussion est normale, à l'auscultation on relève au niveau du sommet droit, en arrière, une modification du rythme et du timbre respiratoires : l'expiration est prolongée et très soufflante; pas de bruits surajoutés. Avec ces signes coïncident, localisées au même endroit, de la pectoriloquie aphone et des vibrations vocales augmentées, montrant bien qu'il existe là un noyau de condensation pulmonaire de date vraisemblablement ancienne. Rien de bien appréciable dans le reste de la poitrine.

On ne note aucune altération des appareils circulatoire et nerveux; rien du côté des membres. Pas de varices, pas d'œdème des membres inférieurs; pas de troubles de la sensibilité à ce niveau.

Pas d'élévation thermique, la température varie de 36°3 à 36°8. Le pouls bat à 80 pulsations à la minute.

L'examen du sang, pratiqué le 2 juin par M. le professeur agrégé Sabrazès, révèle une formule leucocytaire peu modifiée; à noter cependant une légère éosinophilie (6, 11 p. 100). La séro-réaction de Wassermann est négative, la réaction de fixation échinococcique est positive.

En face de tous ces faits mis en évidence par l'interrogatoire et l'examen attentif de notre malade, on restait assez embarrassé pour porter un diagnostic précis. Si l'on pouvait parler avec quasi-certitude de grossesse vers la fin du quatrième mois, il était difficile de mettre une étiquette sur la masse périnéale. En présence d'une tumeur ainsi située, de consistance uniformément molle, réductible dans un véritable trajet, on éliminait rapidement le kyste congénital de la grande lèvre, les tumeurs de la glande de Bartholin, les kystes dermoïdes ainsi que les tumeurs (lipomes surtout) nés au niveau des plans périnéaux superficiels. On ne pouvait penser qu'à une tumeur primitive de la cavité pelvienne s'étant fait jour à travers le périnée. Malgré la constatation d'une éosinophilie légère et d'une réaction de fixation échinococcique positive on écartait le kyste hydatique, qui est plus tendu; l'abcès

froid par congestion aurait coïncidé avec des altérations osseuses du bassin ou de la colonne vértébrale décelables par l'examen. L'hypothèse d'une hernie s'imposait plus fortement à l'esprit. On ne pouvait songer ni à une hernie intestinale ni à une hernie épiploïque dont la consistance ne cadrait pas avec celle de la tumeur. Seule la vessie dans un sac herniaire aurait pu déterminer des symptômes analogues et à sa présence pouvaient faire penser certaines constatations : écoulement d'urine provoqué par le refoulement de la tumeur, transmission légère de pression entre la vessie distendue et la masse périnéale. Cette idée de cystocèle était loin cependant de satisfaire l'esprit, car les recherches relatées plus haut établissaient l'absence de communication vraie entre la cavité vésicale et la tumeur.

En raison des difficultés du cas, la malade fut présentée le 3 juin 1910 à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Aucun diagnostic précis ne fut formulé.

La malade fut gardée en observation jusqu'au 24 juin; on put constater que la tumeur augmentait sensiblement de volume. Des ponctions pratiquées en plusieurs points de sa surface, le 17 juin, ne furent suivies d'aucun écoulement, malgré le diamètre assez grand du trocart employé.

Le 24 juin, intervention. — Anesthésie chloroformique ; la malade est placée dans la position de la taille périnéale. Incision longitudinale en plein centre de la tumeur, distante de 5 ou 6 centimètres de la vulve, au niveau de la partie moyenne de laquelle elle commence en haut, pour s'arrêter en bas à la hauteur de l'anus.

Incision du tissu cellulo-graisseux assez épais, on arrive sur de petites masses pédiculées qui se sont montrées par la suite comme faisant partie de la tumeur principale. Celle-ci, de coloration grisâtre, violacée par places, s'affaissait en raison de sa mollesse sous la pression des doigts et des instruments, si bien qu'elle semblait fuir et qu'on se croyait toujours séparé d'elle par une couche celluleuse, alors qu'en réalité on avait bien contact avec le néoplasme lui-même. Pour plus de sécurité, on incise avec prudence mais assez profondément la zone centrale de la tumeur; partout elle se révèle avec son aspect gris ardoisé et sa consistance molle; après ces constatations on entreprend l'extirpation de la tumeur. Celle-ci est alors isolée à l'aide de longs ciseaux et on voit qu'elle plonge entre l'ischion et la partie interne de la branche ischio-pubienne en dehors et le vagin en dedans.

L'isolement de ce dernier est particulièrement délicat, la tumeur adhérant intimement à la paroi vaginale, si bien même

que cette dernière est ouverte en deux endroits. En rasant vagin et rectum en dedans, en passant au travers des fibres du releveur de l'anus dissociées par le néoplasme, on parvient à isoler ce dernier, formant une masse du volume des deux poings, qui ne tient plus que par un mince pédicule profond qui cède sous une douce traction. Pendant ces manœuvres, quelques vaisseaux isolés ont été pincés, il n'y avait pas de vrai pédicule vasculaire.

Dans le fond de la cavité créée par l'extirpation du néoplasme, on aperçoit, sur une étendue comparable à la surface d'une pièce de 5 francs, du tissu grisâtre qui n'est autre chose que la face externe dénudée de la paroi vésicale inférieure; une sonde cannelée introduite dans l'urètre vient soulever cette paroi. Le doigt introduit profondément sent en arrière d'elle le bord gauche de l'utérus.

On fait quelques points de capitonnage au catgut. Suture de la peau après mise en place d'un drain volumineux. Réunion au catgut des brèches vaginales. Mèche de gaze dans le vagin, sonde de Pezzer dans la vessie.

Dès le réveil de la malade, on lui fait une injection hypodermique d'un demi-centigramme de morphine pour diminuer l'excitabilité utérine. Suites bonnes : le drain laisse écouler de la sérosité sanglante pendant trois jours, tout drainage est supprimé au bout de huit jours. Pendant tout ce temps-là on prescrit quotidiennement cinq centigrammes d'extrait thébaïque pour constiper la malade et pour prévenir toute excitation utérine.

La sonde vésicale fut enlevée le onzième jour et la guérison de la plaie se fit rapidement, si bien que la malade put se lever au bout de dix-huit jours, après être restée toujours apyrétique.

Dans les urines de la malade on releva un excès de scatol et 30 centigrammes d'albumine. Il est possible qu'on trouve l'explication de ces faits dans la rétention stercorale due à la constipation provoquée. La malade fut laissée au régime lacté jusqu'à disparition à peu près complète de l'albuminurie, et la guérison était obtenue à son départ du service le 27 juillet.

Rentrée chez elle, notre malade a pu mener sa grossesse à terme; elle est venue pour ses couches à la Clinique obstétricale. Grâce à l'obligeance de M. le professeur Lefour, nous avons pu apprendre que tout s'était passé normalement, qu'elle avait mis au monde très simplement une fille vivante, en présentation du sommet. Le vagin, le périnée n'ont souffert en rien pendant l'expulsion.

Le médecin de notre malade nous a envoyé de ses nouvelles, près d'un an après l'opération : son état de santé est parfait.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur extirpée, du

poids de 460 grammes, est mollasse; étalée sur la table, un peu aplatie, elle mesure 22 centimètres de longueur, 14 centimètres de largeur, sur une épaisseur moyenne de 4 centimètres.

On distingue deux parties d'étendue à peu près égale, mais de caractères très différents. L'une, supérieure, représente la partie profonde, intrapelvienne, du néoplasme; sa surface est régulière, brillante, de couleur blanc rosé uniforme avec quelques piquetés rouges. Sa consistance est molle, mais élastique. Glissant facilement sous les doigts, le tissu paraît homogène, sans parties grumeleuses comme dans les lipomes, il se laisse étirer assez facilement. La masse se termine vers le haut par quelques lames celluleuses dont quelques-unes, réunies en un faisceau plus compact, semblent former comme un pédicule.

La partie inférieure présente une surface beaucoup plus irrégulière, moins lisse; on y remarque de véritables franges appendues vers le bas et qui, au nombre d'une dizaine, rappellent comme forme de très gros appendices épiploïques du gros intestin. La coloration de toute cette zone est beaucoup plus foncée, elle est gris ardoisé, vineuse même au niveau des appendices où la vascularisation paraît assez développée. La consistance, toujours élastique, est cependant un peu plus ferme.

Lorsqu'on cherche à ouvrir la masse, on constate qu'elle glisse, qu'elle se dérobe devant les ciseaux, mais qu'elle est homogène, sans cavités, sans plans de clivage. La coloration est celle de la surface, il existe des arborisations vasculaires capillaires nombreuses, à la partie inférieure surtout, sans gros troncs.

Examen microscopique, effectué par M. le Dr Pierre Nadal :

« La structure de la tumeur est sensiblement celle d'un énorme molluscum, comme le faisait d'ailleurs prévoir son étude macroscopique.

« Le tissu qui la constitue est un tissu conjonctif lâche *absolument privé de graisse* et dont la parfaite homogénéité n'est troublée que fort rarement par des faisceaux de tissu musculaire lisse épars ou groupés en colonies musculaires.

« Histologiquement ce tissu comprend des éléments cellulaires fusiformes bipolaires ou même étoilés, en araignée, assez distants et régulièrement éloignés les uns des autres, sans constitution d'amas particulièrement proliférants. On n'y rencontre pour ainsi dire pas de cellules migratrices même dans le voisinage des vaisseaux.

« La substance intercellulaire est très finement fibrillaire, nulle part on n'observe de tractus fibreux épais, mais au contraire des filaments très ténus, comme des cheveux emmêlés, formant des

stratifications sensiblement parallèles, peu onduleuses et non tourbillonnantes, sauf au voisinage immédiat des vaisseaux.

« La rétraction énorme subie par la pièce au moment de la déshydratation par l'alcool, correspond à la perte du liquide œdémateux qui manifestement infiltrait les mailles de ce tissu fibromyxoïde.

« La vascularisation de cette tumeur est extrême. La coupe intéresse un nombre considérable de tout petits vaisseaux qui peuvent être au nombre de 30 à 50 dans un seul champ microscopique. Ces vaisseaux sont les ramuscules de troncs plus volumineux rencontrés dans les points les plus durs de la tumeur, mais particulièrement dans la zone riche en tissu musculaire lisse.

« Quelques grandes lacunes de parois fort amincies doivent être considérées comme des sinus veineux en tout comparables à ceux que l'on observe dans le myome utérin.

« Le muscle lisse n'entre que pour une part relativement faible dans la constitution de la tumeur. Il y forme de-ci de-là des colonnes épaisses sans aucune régularité de répartition et d'autres fois des amas moins considérables qu'il est possible de rencontrer un peu partout.

« Enfin, particulièrement au voisinage des petits vaisseaux, on rencontre des vestiges qui doivent être considérés comme des restes de fibres musculaires atrophiées.

« *En somme, il s'agit vraisemblablement d'une tumeur du groupe des fibromyomes, dans laquelle l'élément stroma a pris sur l'élément musculaire une prépondérance extrême et a subi une dégénérescence myxoïde très régulière et très avancée.* »

L'examen histologique et les constatations faites au cours de l'intervention permettent de penser qu'on a affaire à un fibromyome du ligament large à dégénérescence myxomateuse et à évolution périnéale.

On sait combien rares sont les tumeurs myxomateuses du ligament large. Dans la littérature médicale, nous n'avons pu relever aucune observation exactement superposable à la nôtre. Les tumeurs molles non liquides développées dans le ligament large sont représentées par les lipomes et les myxomes.

Les lipomes sont en nombre extrêmement faible, puisque Proust et Trèves (1) relatent seulement quatre cas de tumeurs pelviennes à développement primitif ou secondaire dans le ligament large.

(1) Proust et A. Trèves. Lipomes rétropéritonéaux. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1908, p. 93-160.

Plus rares encore sont les myxomes; nous n'en avons trouvé qu'un seul cas rapporté par H. Brin (1), d'Angers. Bien que cette dernière tumeur soit du myxome pur et la nôtre du fibromyome à dégénérescence myxomateuse, trop de points de leur histoire clinique et anatomique sont semblables pour que nous ne rapprochions pas les deux observations.

Les deux tumeurs ne diffèrent que par leurs dimensions et par certains détails histologiques, mais la différence de volume s'explique aisément si l'on songe que le néoplasme évoluait depuis trois ans dans le dernier cas, tandis que deux mois à peine séparaient le début apparent et l'extirpation, pour notre malade. A part cela, l'analogie est frappante : dans les deux cas, l'apparition de la partie périnéo-vaginale de la tumeur se fait dans les premiers mois d'une grossesse ; le siège, la consistance sont identiques, même apparence enfin de hernie épiploïque. Les seuls troubles fonctionnels relevés de part et d'autre sont des troubles légers de la miction. Née au-dessus du releveur de l'anus, la tumeur a dû, dans les deux cas, pour gagner le périnée, dissocier les fibres de ce muscle. Or, c'est là une évolution exceptionnelle pour les néoplasmes du ligament large; qu'il s'agisse de kystes, de fibromes, de lipomes même, toujours leur développement est exclusivement pelvien ou abdominal. Il semble que cette propriété de s'immiscer entre les fibres musculaires appartienne en propre aux tumeurs myxomateuses. C'est ainsi que dans un cas de myxome intrapelvien observé par Michon (2), la fosse ischio-rectale avait été envahie à travers le releveur.

On pourrait peut-être admettre que si les tumeurs dures, les fibromes en particulier, refoulent les muscles en masse, les tumeurs molles non encapsulées, comme les myxomes, peuvent s'infiltrer peu à peu dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires. Ceux-ci seraient écartés progressivement et donneraient passage à la tumeur.

La grossesse a-t-elle eu une influence sur la production ou l'évolution du néoplasme dans le cas de Brin et le nôtre? On peut rappeler à ce sujet les modifications circulatoires et l'infiltration œdémateuse des tissus survenant dans la zone génitale du fait de l'état gravidique. Toujours est-il que c'est respectivement au deuxième et au troisième mois d'une grossesse que les malades ont constaté l'une la saillie vaginale, l'autre la tuméfaction périnéale.

(1) H. Brin. Volumineux myxome sous-péritonéal du ligament large avec prolongements fessier et vaginal. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, t. XV, 1910, p. 306.

(2) Michon. *Société de Chirurgie*, séance du 3 mai 1911.

Plus probable peut-être est l'influence de l'état gravide sur l'évolution périnéale de la tumeur, et il se peut que l'utérus augmenté de volume ait gêné l'expansion vers le haut du néoplasme et, en l'appliquant contre le releveur, ait favorisé l'attaque de ce dernier.

Enfin, en terminant, nous devons faire remarquer les suites particulièrement heureuses de notre intervention, puisque non seulement la grossesse n'a pas été troublée, mais qu'encore l'accouchement a pu se faire sans accidents; la malade, revue un an après, est toujours en excellente santé, sans récidive. Certes on sait que des opérations peuvent être effectuées pendant la grossesse sans que celle-ci vienne à s'interrompre, même lorsque ces opérations intéressent la zone génitale, mais il n'en reste pas moins établi que l'on ne doit intervenir qu'en cas de sérieuse nécessité pendant la gravidité. L'accroissement rapide de la tumeur, son siège qui la rendait particulièrement dystocique, justifiaient largement l'intervention. Les suites en ont été très bonnes pour la mère et pour l'enfant.

Lecture.

M. le D[r] Painetvin, de Fresnoy-le-Grand (Aisne), lit une observation de *scalp traumatique* et présente la malade guérie.

Le travail de M. le D[r] Painetvin est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Nélaton est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Kystes du pancréas.

M. Quénu. — Le but principal de ma communication sur les kystes du pancréas a été de réagir contre l'exagération de ceux qui ne voient dans la plupart des kystes du pancréas que des néoplasmes kystiques.

L'observation bien étudiée que j'ai apportée confirme nettement la pathogénie qu'ont défendue, en Allemagne, Körte (1), puis

(1) Dans ma communication du 21 février 1911, page 228, il faut lire : « La pancréatite interstitielle peut amener la dégénérescence des *épithéliums* glandulaires », et non des épithéliomes, comme une erreur typographique me le fait dire.

Garré et Rudolph Gabell. Je rappelle mes conclusions : « Les kystes du pancréas sont pour le plus petit nombre des kystes néoplasiques, pour le plus grand nombre des pseudo-kystes nés par auto-digestion d'un foyer de pancréatite; les kystes par rétention ne sont que des dilatations des conduits pancréatiques, trouvailles d'autopsie sans intérêt pour le chirurgien. »

Notre observation nous montre que la paroi de la poche est dépourvue d'épithélium; son origine glandulaire est cependant prouvée par les débris de canalicule rencontrés dans la paroi conjonctive et par la nature du contenu qui renfermait les éléments du suc pancréatique.

La pathogénie nécrotique nous est démontrée par l'examen de l'escarre, trouvée flottante dans le liquide kystique.

Mes collègues Potherat, Routier, Bazy, Michon, Rochard, Schwartz et Ombrédanne nous ont apporté d'intéressantes observations. Quel appui ou quelle contradiction apportent-elles à nos conclusions ? voilà ce que je veux d'abord examiner.

M. Potherat possède trois observations, dont une publiée en 1908, et deux qu'il a présentées à la suite de ma communication.

Il ne veut pas s'étendre, dit-il, sur la question de pathogénie soulevée par moi, néanmoins il nous dit que dans ses trois cas, la paroi du kyste a toujours été une paroi conjonctive dépourvue de revêtement épithélial, mais dans laquelle on a pu, au moins dans un cas, retrouver les éléments propres au pancréas.

Les kystes qu'il a observés rentrent donc tout à fait dans notre cadre; ce sont donc, contrairement à son interprétation, des pseudo-kystes et non de vrais kystes. De ce qu'on ne retrouve pas toujours un fragment de tissu pancréatique dans le liquide, et de ce qu'il n'en a pas trouvé, M. Potherat n'est pas autorisé à déduire que la nécrobiose pancréatique n'est pas applicable. M. Potherat déclare que « c'est à la sclérose canaliculaire qu'il conviendrai t de rapporter la production des kystes pancréatiques à contenu séro-hématique ».

Comment imagine-t-il qu'une sclérose canaliculaire puisse à elle toute seule donner naissance à de grandes poches kystiques ? et comment explique-t-il que dans ses observations il n'y ait pas de revêtement épithélial ?

M. Potherat n'est réellement pas autorisé à dire que la pathogénie de Körte, que j'ai défendue, n'offre pas une base pathogénique suffisante.

L'observation de M. Routier est également favorable à nos conclusions.

Des deux observations de M. Bazy, l'une a trait à un néoplasme kystique, l'autre à un pseudo-kyste.

Dans les deux observations de Michon et Rochard, le contenu du kyste possède, en totalité ou en partie, les qualités du suc pancréatique.

Des cinq observations de Schwartz, trois concernent des cancers kystiques, elles ne rentrent pas dans notre sujet ; deux concernent des kystes non extirpables à contenu renfermant des ferments amylolitiques et de la trypsine. Ces observations ne donnent aucun renseignement sur la structure histologique des parois.

J'arrive à deux autres questions qui ont été discutées dans ma communication : la question du diagnostic, la question du traitement.

Messieurs, je n'ai pas voulu, à propos d'un seul cas, discuter la question du diagnostic de tous les kystes du pancréas. J'ai eu soin de dire ceci : c'est que dans la *localisation que j'ai envisagée*, c'est-à-dire dans les kystes de la tête du pancréas, ni la percussion, ni la radiographie ne nous donnent des éléments de certitude.

J'ai apporté à l'appui de cette affirmation une preuve, un document dont M. Potherat a fait une entière abstraction. Aussi me permettra-t-il de le lui remettre sous les yeux ; voici deux radiographies de notre malade, l'une sans et l'autre avec insufflation de l'estomac. Il vous est permis de constater que la grosse tache claire n'est pas venue empiéter sur la masse sombre formée par le kyste, elle semble l'avoir refoulée. La percussion après insufflation nous avait donné un agrandissement de la zone sonore, on pouvait l'expliquer par le refoulement de la tumeur que démontre la radiographie.

Je n'ai pas dit que la radiographie ne pourrait aider au diagnostic dans certains cas, j'ai dit que cela n'était pas toujours vrai. Il est remarquable du reste que, à lire les observations, l'examen radiographique a été rarement pratiqué.

M. Potherat l'a utilisé deux fois et M. Schwartz une fois, et encore dans ce dernier cas de Schwartz s'agissait-il d'un cancer kystique ramolli et non d'un kyste du pancréas. Que faut-il en conclure? C'est qu'il est tout à fait indiqué de radiographier les malades atteints de kystes de la région sous-hépatique avec et sans insufflation de l'estomac, mais qu'il est prématuré de tirer d'avance des conclusions absolues au sujet des renseignements que ces explorations seront à même de fournir.

Il est probable que des erreurs de diagnostic se feront encore malgré l'insufflation et que le choix entre un kyste hydatique du foie et un kyste de la tête du pancréas demeurera plus d'une fois aléatoire.

Je veux encore insister sur ce point, c'est que si nous voulons discuter diagnostic, il faut que nous parlions des mêmes choses : traiter en bloc du diagnostic des kystes du pancréas, est chose vaine.

Rien ne ressemble moins à un kyste de la tête du pancréas qu'un kyste du corps et surtout de la queue; l'aspect clinique dépend encore de l'évolution du kyste. Se fait-elle entre le foie et l'estomac et derrière celui-ci, ou se fait-elle entre l'estomac et le mésocôlon transverse avec insinuation dans l'arrière-cavité entre les lames du grand épiploon, ou encore en refoulant le mésocôlon transverse en bas et en passant au-devant des anses grêles? La situation du côlon transverse et de l'estomac sont variables avec toutes ces hypothèses ; il faut encore ajouter qu'un petit nombre de kystes (ceux de la queue principalement) sont pédiculés, tandis que la plupart des autres sont adhérents.

On s'explique ainsi que les kystes du pancréas aient pu être confondus avec les productions kystiques des organes les plus divers, tels que le rein, le mésentère, la rate et même l'ovaire, comme j'en ai vu un exemple opéré dans mon service, il y a quelques années, par M. Duval.

Si nous voulons aboutir à des conclusions un peu précises, il est donc de toute nécessité que nous envisagions à part les localisations et connexions des kystes du pancréas.

A ce point de vue, il y a un type bien défini qu'il faut séparer des autres à cause de ses connexions et de son évolution rétro-pyloro-duodénale, c'est le kyste de la tête du pancréas dont la fréquence, par rapport aux autres localisations, serait, d'après Korte, de 34 p. 100.

Tout d'abord interrogeons les faits. Sur trois cas, M. Potherat a fait deux fois le diagnostic de kystes du pancréas et une fois (1) celui de kyste du rein.

Sur trois cas de kystes pancréatiques observés par moi y compris celui de M. Duval, le diagnostic a été une fois kyste du pancréas, une fois kyste hydatique du foie, une fois kyste de l'ovaire.

Cas de M. Bazy : une fois on diagnostique une tumeur retropéritonéale sans préciser le point de départ et une fois on diagnostique une hydronéphrose. M. Michon avait diagnostiqué un kyste hydatique du foie tout comme MM. Routier et Rochard, et tout comme mon ami Nélaton dans le cas d'Ombrédanne.

Le diagnostic n'a pas été fait dans deux cas de Schwartz (faute d'avoir l'habitude de l'insufflation, ajoute l'auteur). Dans un cas on a pensé qu'il s'agissait « d'une tumeur latéro et rétro-stoma-

(1) *Bull. Soc. de Chir.*, 1908, p. 1230.

cale probablement d'une tumeur du pancréas ». Conclusion : il est peut-être permis de se tromper en si bonne compagnie, et Chauffard et moi, malgré les étonnements de M. Potherat, sommes assez excusables d'être, comme il dit, tombés dans l'erreur. Je ne



puis davantage suivre M. Potherat quand il déclare que pour nous arrêter à un diagnostic de kyste hydatique du foie « il faut que l'examen des urines nous montre la présence des pigments biliaires ; il faut que l'examen du sang décèle une éosinophilie abondante, que la réaction de Weinberg soit positive, etc. »

Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à une réhabilitation du signe

fort discrédité de l'éosinophilie. Je recours toujours par contre à la réaction de Weinberg, il faut bien avouer qu'elle n'est pas constante : deux malades opérés de kystes hydatiques du foie sont encore dans mon service, chez lesquels la réaction était négative.



Je ne puis encore laisser dire à M. Potherat que les douleurs épigastriques sont des phénomènes tardifs dans l'histoire des kystes pancréatiques.

Près de deux ans avant l'apparition de sa tumeur, ma malade avait présenté des douleurs gastralgiques. « Bien avant l'apparition de sa tumeur, nous dit M. Rochard, la malade avait ressenti des

douleurs à point de départ épigastrique irradiant vers les lombes et la colonne vertébrale; chez une malade de Keilber, les douleurs gastriques précédèrent de huit ans l'apparition de la tumeur.

Un malade d'Israel présentait, depuis plusieurs années, des douleurs par accès, d'une durée de six jours et plus.

Je pourrais multiplier les exemples, il ne faut pas dire que l'accès douloureux est un phénomène tardif, c'est un phénomène qui peut précéder de peu l'apparition de la tumeur, mais il peut la précéder de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Les kystes pancréatiques de la tête offrent cette particularité de comprimer d'arrière en avant non seulement tout ou partie de l'estomac, suivant leur volume, mais encore le duodénum : c'était le cas dans l'observation d'Ombrédanne et dans la nôtre : la portion pylorique et les deux premières portions du duodénum étaient étalées et tellement aplaties que nous avons compris pourquoi l'insufflation n'avait pu faire pénétrer les gaz dans la totalité de l'estomac.

Dans une observation d'Hagenbach, la malade vomissait d'une manière presque continue du liquide verdâtre : à l'autopsie on trouva la portion pylorique de l'estomac repoussée en avant par la tumeur et en contact avec la paroi abdominale; le duodénum était absolument aplati.

La compression du kyste céphalique peut également s'exercer sur les voies biliaires; Körte, sur 121 cas, en avait relevé 9, avec ictère. Oser (dans la *Nothnagel Encyclopædia*) a rassemblé quinze observations de kyste pancréatique avec jaunisse. On conçoit qu'un trouble plus léger apporté à la fonction biliaire sans qu'il y ait un véritable ictère, fasse apparaître un peu de pigment dans l'urine et cela encore enlève toute valeur au petit signe invoqué par M. Potherat. Körte, dans un article récent (de mars 1911), vient de signaler des cas de sub-ictère. J'avais noté à la suite d'une opération pour kyste céphalique un accident possible, la cholerragie; mon cas personnel était le deuxième dans la littérature médicale. Depuis, Körte, dans l'article cité plus haut (1), vient d'en rapporter un troisième cas.

Je transcris le résumé de l'observation, tel qu'il est cité dans le *Journal de Chirurgie* : « Il s'agissait d'une femme de trente et un ans, qui le 4 mai 1904 avait subi en Russie une première opération pour tumeur épigastrique : on trouva un kyste du pancréas qui fut fixé à la peau et drainé; la fistule consécutive se ferma huit mois après l'opération. Quatre ans plus tard, la tumeur ayant reparu,

(1) *Deutsche mediz. Woch.*, mars 1911. Analysé par Mathieu dans le *Journal de Chirurgie*, de mai 1911.

une deuxième opération eut lieu : un gros kyste adhérent à la paroi et deux kystes voisins furent ouverts et drainés. Dix-sept jours après l'opération, il y eut une poussée de fièvre, durant un mois, avec issue de bile par la fistule; la fistule se ferma six mois après l'opération. » Quinze mois après la deuxième opération, une nouvelle récidive survint. On opéra de nouveau et on procéda à l'extirpation du kyste. Une fistule post-opératoire se ferma définitivement; il s'agissait ici d'un vrai kyste revêtu d'un épithélium cubique.

Reste enfin la question du traitement. A l'exemple de Körte, j'ai recommandé la suture à la paroi et le drainage comme traitement de choix des pseudo-kystes. L'extirpation serait évidemment l'opération logique pour les kystes néoplasiques, il faut la faire quand on le peut, elle est souvent impossible et toujours dangereuse :

Je ne reviens pas sur le pronostic opératoire immédiat, j'ai cité, à ce sujet, les statistiques de Gobell et de Kijewski. J'ai laissé de côté, de parti pris, le pronostic tardif, et toute la question des fistules. C'est là une très grosse question de chirurgie. Parfois les fistules persistent des mois et se tarissent avec ou sans traitement antidiabétique. La guérison est survenue définitivement chez mon opérée, car je l'ai revue il y a quelques jours avec une cicatrice solide. Dans d'autres cas, la fistule reparaît, s'éternise et devient même définitive. La solution thérapeutique est, je crois, dans l'anastomose fistulo-gastrique ou fistulo-duodénale. C'est la solution qu'a choisie si heureusement M. Michon.

Ne pourrait-on aller au-devant de la production fistuleuse et la prévenir en faisant d'avance l'abouchement du kyste dans l'estomac ou le duodénum?

C'est ce qu'a pensé M. Ombrédanne et malgré l'échec opératoire qu'il attribue à une dilatation aiguë de l'estomac, il ne craint pas de préconiser cette méthode pour l'avenir. Je ne saurais le suivre dans cette voie ; je ne pense pas que l'établissement d'une communication entre une large poche et le tube digestif soit désirable; sans compter que le contenu à pouvoir digestif du kyste peut exercer une action défavorable sur l'anastomose, on peut craindre *a priori* que le contenu gastro-duodénal aille aussi bien dans la poche et puis c'est une complication opératoire chez des malades qui souvent ont besoin qu'on aille opératoirement vite. Enfin un grand nombre d'opérés guérissant par la simple marsupialisation, il sera toujours temps, si une fistule persiste, d'imiter la conduite de Michon et de faire une anastomose fistulo-digestive.

Un dernier point a été abordé par M. Potherat, c'est le mode d'accès sur le kyste, il me permettra de lui faire observer que si j'ai incisé le long du rebord cartilagineux c'est que je pensais à un

kyste hydatique du foie. Le péritoine ouvert, j'avais le choix entre la voie sus-gastrique et la voie latéro-duodénale, celle-ci n'est pas plus détournée que l'autre et je ne sais pas ce qui autorise M. Potherat à présenter la voie sus-gastrique comme la voie d'élection (1). A mon avis, la voie d'élection est celle qui permet de placer un drain au point déclive. C'est pour cela qu'Hartmann, Minier, Körte, etc., avaient conseillé d'ajouter à la marsupialisation une contre-ouverture lombaire, c'est pour cela aussi qu'un agrégé de Lyon M. Siraud avait proposé de recourir d'emblée à cette incision lombaire. Chez ma malade j'avais ponctionné avec une seringue de Pravaz au-dessus de la petite courbure qui débordait à peine le kyste, je n'ai pas voulu placer là mon drainage, je comprends donc qu'on se résigne à la voie sus-gastrique quand on ne peut pas faire autrement, je ne puis la considérer comme lieu d'élection pour ouvrir et marsupialiser un kyste du pancréas.

Là encore, pour le traitement comme pour le diagnostic, les règles absolues ne trouvent pas leur application.

M. Potherat. — M. Quénu a trop souvent évoqué ma communication pour que je n'aie le souci de le remercier de l'attention qu'il a bien voulu lui prêter.

Je désire aussi, en quelques mots, soit rétablir certains faits, soit expliquer des parties de ma communication mal interprétées parce que probablement insuffisamment explicites.

M. Quénu nous fait un reproche de n'avoir pas apporté de radiographies. Le reproche en fait est exact; en pratique, il nous a paru que la radioscopie était parfaitement suffisante; je vous ai indiqué les résultats et les enseignements qu'elle m'avait donnés, cela m'avait paru suffisant pour être entendu. Que chacun de vous fasse, à l'occasion, la radioscopie, et il verra si j'ai avancé des faits inexacts.

Si je me trouve un jour devant un nouveau cas de kyste du pancréas, je promets à M. Quénu de faire faire une radiographie et de la lui apporter, quel qu'en soit le résultat.

Et à ce propos, je dirai à M. Quénu, qu'il n'est pas exact que ce soit dans un cas seulement que j'ai eu recours à la radioscopie. C'est dans deux cas; j'y insiste même et je fais remarquer que sur trois cas de Kyste du pancréas, deux fois j'ai recouru à la radioscopie, et deux fois j'ai eu un diagnostic exact; une fois j'ai négligé de faire faire une radioscopie et j'ai eu une erreur de diagnostic.

Ceci m'amène à la question de l'erreur de diagnostic. M. Quénu

(1) Villar dans son rapport au Congrès de chirurgie (1905, p. 532) considère la voie gastro-hépatique comme une voie d'exception.

semble croire que je lui fais reproche de s'être trompé dans le cas qu'il nous a rapporté. Faire à quelqu'un, et plus particulièrement à mon cher et excellent maître M. le professeur Chauffard, ou à mon éminent maître M. Quénu, le reproche d'avoir, un jour donné, porté un diagnostic inexact, ce serait de ma part d'une fatuité et d'une prétention que je me garderais bien de nourrir. Que celui qui n'a jamais fait d'erreur de diagnostic, en particulier dans les affections de l'abdomen, se lève ici. Je ne serai pas celui-là, car j'ai moi-même, dans le cas qui nous occupe, commis l'erreur dans un fait sur trois. M. Quénu n'a donc pas à invoquer l'autorité des opérateurs en compagnie desquels il veut se placer pour justifier son diagnostic erroné.

Je ne lui ai donc pas fait grief de n'avoir pas diagnostiqué le kyste du pancréas; personne ici n'a pu trouver pareille énormité dans ma communication. Ce dont je me suis étonné c'est que bien que tout plaidât à l'encontre d'un kyste hydatique du foie (examen du sang, examen des urines, percussion même), ce fut à ce diagnostic que se soit arrêté M. Quénu.

En ce qui concerne l'époque d'apparition des *douleurs épigastriques*, je tiens à faire une déclaration précise qui me semblait ressortir de ma communication même, en tout cas que j'avais pensé faire apparaître nettement : c'est que je n'ai pas eu l'idée de parler d'une manière générale, dogmatique, *ex cathedrâ*, des kystes du pancréas, dans leur étiologie, leur anatomie pathologique, leur pathogénie, leur évolution symptomatique ou leur traitement. Pour en parler ainsi, en admettant que je fusse suffisamment qualifié pour le faire, il m'eût fallu accumuler les faits, et appuyer sur un ensemble imposant de cas, sur une multiple documentation, ma communication. Or je n'ai même pas cité Körte. Mon but était plus restreint, je l'ai dit : j'ai observé trois faits, je les ai bien observés et je vous apporte dans leurs détails ces trois faits : c'est la paraphrase de la fameuse citation : « J'étais là, telle chose m'advint ».

Or, les choses étant ainsi envisagées, si j'ai dit : les *douleurs* gastriques sont tardives, cela signifiait qu'elles se sont montrées telles chez mes malades personnels. Mais je n'ai nullement voulu dire qu'on n'observait jamais, qu'on n'observerait jamais de douleurs précoces, ou dans le décours des kystes du pancréas.

Et c'est dans le même esprit que j'ai parlé de la *voie d'accès*. Dans les grands kystes qui bombent entre l'estomac et le foie j'ai dit que la voie de choix était celle de j'ai suivie. Ne pas la suivre chez mes deux malades, c'eût été chercher à plaisir des difficultés, et ces mêmes difficultés on se les créerait en ne suivant pas la voie interhépaticogastrique, dans tous les cas identiques. Cela je

l'ai dit, et je pense encore que c'est la bonne pratique. Mais cela ne veut pas dire que ce soit la voie d'élection pour tous les cas ; la meilleure preuve, c'est que moi-même j'en ai suivi une autre en pratiquant une laparotomie latérale gauche ; et qu'on ne m'objecte pas que c'était parce que croyant à un kyste du rein j'allais au rein, non. J'allais à gauche parce que c'est à gauche que saillait la tumeur et la voie d'élection c'est celle qui conduit le plus directement au culmen même de la saillie kystique.

Quant à cette objection de M. Quénu qu'il faut drainer dans le point le plus déclive, elle évoque une pratique admise par tout le monde, d'une manière générale ; mais cette pratique ne trouve pas ici son application. Comment, en effet, drainer en son point le plus déclive une tumeur kystique de l'arrière-cavité des épiploons ou sous-jacente au péritoine pariétal postérieur. Si l'on veut ne pas transiger avec la règle, il n'y a qu'une manière de faire ; il faut aller drainer sur les côtés de la colonne lombaire, à travers la fosse lombaire. Ce n'est pas ce qu'a voulu dire M. Quénu, ce me semble ; alors qu'il soit médian ou latéral le drainage sera imparfait, ce n'est pas douteux, mais il est plus simple, par cette voie, et jusqu'ici il ne m'a pas paru qu'il fût si défectueux, même en n'obligeant pas la malade au décubitus latéral ou ventral, qu'il pût empêcher la guérison de se produire.

En terminant, Messieurs, je tiens à le redire, mon but n'a pas été d'écrire *ne varietur* l'histoire des kystes du pancréas, mais de vous rapporter avec les commentaires qui m'ont paru s'en dégager, trois observations personnelles de cette affection, en somme, relativement peu commune.

M. Quénu. — Je tiens à dire que si je demande la présentation de documents radiographiques, ce n'est nullement que je conteste les faits présentés par mes collègues; mais l'interprétation d'un document est toujours sujette à contestation, et il y a toujours eu intérêt à ce que des documents, pièces, radiographies, etc., soient soumis au jugement de la Société. Aucune radiographie de kyste du pancréas n'a été, que je sache, publiée ; aussi demandé-je à ce que les deux spécimens que j'apporte soient insérés dans nos Bulletins. A lire la communication de M. Potherat, il est impossible de comprendre que ses conclusions cliniques ou thérapeutiques ne s'appliquent qu'à ses trois malades ; elles ont l'allure de propositions générales, voilà pourquoi j'ai cru devoir m'élever contre leur absolu.

Déviations du pied par ostéomyélite du tibia.

M. Broca. — Dans une note qu'il nous a envoyée à la dernière séance, M. Hache dit que, sur 16 cas d'ostéomyélite du tibia opérés par lui pendant la période de croissance, il a observé 14 fois des troubles de développement avec renversement très fréquent du pied en varus, par allongement insuffisant du tibia par rapport au péroné. Je regretterai d'abord qu'aucune distinction ne soit faite, à ce propos, entre les ostéomyélites de l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia. En prenant ce bloc tel quel, j'ai opéré plus de 100 cas de ce genre; pour l'extrémité inférieure, il y en a, je crois, 41 observations dans la thèse de mon élève Tostivint. Or je n'ai observé qu'un seul cas de varus ostéogénique du pied, chez une enfant que je n'ai pas soignée au début et qui avait subi, dans le tout jeune âge, une résection probablement intempestive du cartilage conjugal inférieur. Cette différence d'observation tient sans doute à une différence de technique opératoire, car je me range nettement parmi les chirurgiens qui, en cas d'ostéomyélite, proscrivent la résection franche et s'en tiennent aux évidements larges, en respectant le cartilage conjugal, ce qui est presque toujours possible. Et j'ajouterai que, dans ces conditions, j'ai observé quelquefois des raccourcissements insignifiants, plus souvent des allongements du tibia. Après ce qui précède, je crois inutile de dire que je n'ai jamais pratiqué l'arthrodèse tibiotarsienne.

Sur l'appendicostomie et la cæcostomie dans les colites graves.

M. Sieur. — La communication de mon collègue et ami Jacob m'a remis en mémoire les faits qu'il m'a été donné d'observer sur les rapatriés du Tonkin en 1885-1886. Un grand nombre de malades, qui avaient contracté la colite ulcéreuse dysentérique chronique au cours de la pénible expédition à laquelle ils venaient de prendre part, succombaient quelques jours après leur débarquement au sanatorium de Porquerolles, et présentaient les lésions intestinales suivantes :

Chez les plus anciennement atteints, l'intestin grêle avait simplement une teinte pâle lavée et présentait parfois quelques ulcérations au niveau de la valvule iléo-cæcale. Quant au gros intestin, il était rigide, diminué de volume au point de permettre à peine l'introduction du petit doigt au niveau de sa portion transverse.

Quand on l'incisait, il criait sous le scalpel ou les ciseaux et offrait à la coupe des parois épaisses, d'un blanc nacré, dans lesquelles on ne trouvait plus traces de fibres musculaires. Dans les premières portions, il n'y avait que des cicatrices rétractées, et la muqueuse avait entièrement disparu. Ce n'était qu'au niveau des dernières portions (S iliaque et rectum) qu'on trouvait de nombreuses ulcérations variant du diamètre d'un pois à celui d'une pièce de 1 franc.

Quand les lésions étaient moins anciennes, la muqueuse se retrouvait sur toute la longueur du gros intestin, mais elle avait une teinte ardoisée, était parsemée d'ulcérations d'autant plus récentes qu'elles siégeaient loin du cæcum et du côlon ascendant au niveau desquels existaient les cicatrices qui, en se multipliant, amènent la disparition de la muqueuse et le rétrécissement du calibre intestinal.

Enfin, chez des sujets atteints plus récemment, mais chez lesquels l'affection s'était compliquée d'un abcès du foie, de tuberculose, ou prenait une allure foudroyante à la suite d'un écart de régime, on trouvait un gros intestin dilaté, ramolli, aminci, à muqueuse friable, criblée d'ulcérations, les unes anciennes, les autres récentes. En certains points, les couches muqueuses et musculaires étaient détruites, si bien que la paroi intestinale se déchirait sous la moindre traction et qu'il existait du pus dans le péritoine au voisinage de ces points amincis.

Si j'insiste sur ces lésions, c'est pour bien montrer que les malades qui en sont atteints sont au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale. Outre la cachexie qui découle de l'infection générale et de l'abondance des selles, ils sont menacés d'accidents d'occlusion dans la forme chronique sclérosante ou d'accidents péritonéaux dans la forme aiguë nécrosante. Je partage donc absolument l'avis de M. Jacob lorsqu'il dit que toute colite dysentérique grave et rebelle à un traitement médical bien conduit doit être traitée chirurgicalement. Quant à la durée de trois ou quatre mois qu'il assigne à ce traitement médical, elle ne peut se justifier que si le malade ne présente ni température, ni perte de l'appétit, ni déperdition notable des forces et du poids.

Il reste à faire un choix entre les diverses opérations récemment proposées.

M. Jacob rejette avec raison l'iléo-sigmoïdostomie à cause de la tendance toute naturelle qu'ont les lésions à se propager à toute l'étendue du gros intestin.

Si l'on se trouve en présence d'une colite chronique, sclérosante, avec ulcérations propagées au rectum et à l'anus, s'accompagnant de fièvre, de douleurs vives exacerbées par les selles ou

les tentatives de lavements, mieux vaut recourir d'emblée à la cæcostomie. D'ailleurs, rien n'est plus facile que de se renseigner *de visu* au cours de l'opération sur l'état du gros intestin.

Par contre, l'appendicostomie me paraît devoir s'appliquer aux formes récentes, douloureuses, dont les crises rappellent celles de la colite muco-membraneuse. Du reste, si elle échoue, elle peut très facilement être transformée en une cæcostomie vraie, sans exiger la pratique d'une nouvelle laparotomie.

Je n'ai personnellement pratiqué ni l'appendicostomie, ni la cæcostomie pour colite dysentérique rebelle, mais j'ai dû chez un malade, que je vous ai présenté il y a quelques années (1), créer un anus iléo-iliaque droit pour mettre fin à des crises d'entéro-colite muco-membraneuse tellement violentes que la vie du malade était gravement compromise. Il s'agissait d'un jeune officier atteint de rétrécissement fibreux du rectum consécutif à une dysenterie chronique remontant à neuf ans. Je venais de pratiquer un anus iliaque gauche destiné à dériver le cours des matières et j'allais enlever le rectum quand, à la suite d'une atteinte de grippe, apparurent des coliques violentes siégeant sur tout le trajet du gros intestin et particulièrement dans le côlon transverse. J'eus recours inutilement à tous les calmants et ce n'est qu'en présence de l'échec du traitement médical et de l'atteinte grave portée à l'état général que je me décidai à créer un anus iliaque droit sur la portion terminale de l'intestin grêle, afin de mettre tout le gros intestin au repos.

Dès le lendemain, cessation complète des coliques et des contractions du gros intestin et amélioration rapide de l'état général. J'en profitai pour pratiquer la résection du rectum et aboucher la portion terminale du gros intestin à la région coccygienne. Un mois après, je fermai l'anus iléo-iliaque, mais pendant cinq jours le malade fut repris de coliques, de douleurs et de ballonnement du ventre qui me firent craindre le retour des crises de colite. Fort heureusement, tout finit par se calmer et depuis lors, l'opéré est resté complètement guéri.

Comme chez ce malade les phénomènes nerveux l'emportaient sur les accidents inflammatoires, on peut se demander si, en présence des bons résultats que donne actuellement l'appendicostomie, je n'aurais pas obtenu par cette intervention un résultat aussi satisfaisant que celui donné par l'iléostomie.

On peut également me reprocher de ne pas avoir fait une cæcostomie.

J'ai déjà répondu à ce dernier reproche, lors de la présentation

(1) *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1906, p. 1061.

du malade, et ma réponse peut *a fortiori* s'appliquer à l'appendicostomie, que si j'ai créé un anus sur l'intestin grêle, c'est parce que les douleurs occupaient toute l'étendue du gros intestin et que je craignais, en créant un anus cæcal, de ne pas obtenir une exclusion suffisante de cet organe.

Mieux renseigné aujourd'hui sur la valeur de l'appendicostomie et de la cæcostomie, je n'ai aucune peine à reconnaître, malgré le résultat très favorable obtenu par mon intervention, que c'est à l'une de ces deux opérations que j'aurais vraisemblablement recours si je me trouvais aux prises avec les mêmes difficultés.

M. Quénu. — Je ne voulais faire qu'une petite objection au travail intéressant de M. Jacob. Le traitement des colites, comporte d'après lui, si j'ai bonne mémoire, trois indications : d'une part, le drainage du gros intestin, le lavage de l'intestin réalisable par l'appendicostomie ou la cæcostomie et enfin l'exclusion du gros intestin applicable aux cas graves. Or un anus cæcal me paraît difficilement pouvoir réaliser cette dernière indication et l'exclusion totale ne pourrait s'obtenir qu'en extériorisant le côlon ascendant, l'exclusion partielle pouvant s'obtenir soit avec l'anus iliaque gauche, soit avec l'iléosigmoïdostomie; cette dernière opération se prête évidemment à une application moins générale à cause de la prédominance fréquente des lésions rectosigmoïdiennes dans les colites.

Rapports.

Perforation de l'œsophage abdominal. Péritonite diffuse. Laparotomie. Guérison, par M. le Dr Sencert, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Rapport de M. MAUCLAIRE.

M. Sencert nous a adressé l'observation suivante :

Le samedi 8 avril 1911, à 9 heures du soir, je suis appelé par mon collègue le Dr Richon, auprès d'une jeune fille de vingt-huit ans, B. Lucienne, demeurant à Tomblaine, auprès de qui il avait été mandé d'urgence une demi-heure auparavant, à cause de douleurs épouvantables éprouvées depuis quelques heures par elle.

Mon collègue, qui soigne cette malade depuis octobre 1910, me donne les renseignements suivants : Cette jeune fille a encore ses parents en bonne santé, et deux sœurs également bien portantes. Elle a été assez

bien jusqu'à l'âge de 10 ans, quoique chétive, chlorotique, scoliotique. A 20 ans, elle a commencé de souffrir de l'estomac; aussitôt après chaque repas, elle éprouvait des douleurs abdominales, parfois très intenses, et qui l'obligeaient à se coucher sur le ventre, seule position qui lui apportât du soulagement. Ces crises douloureuses survenaient à la moindre injection d'aliments; une simple tasse de lait pouvait en provoquer le retour. Puis apparaissait parfois un vomissement qui marquait la fin de la crise douloureuse. Ces crises ne survenaient pas d'une façon continue, mais par intervalles, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, et duraient quelques jours. Dans ces dernières années, elles semblaient s'espacer de plus en plus.

En novembre 1910, le Dr Richon, consulté, a diagnostiqué des crises d'hyperacidité et prescrit des alcalins. Quoique de plus en plus rares, les crises ont persisté.

Le 8 avril 1911, à 4 heures de l'après-midi, B..., était allongée sur une chaise longue et lisait quand, brusquement, elle a ressenti une douleur extrêmement violente et aiguë dans la région épigastrique. Puis cette douleur s'irradiait dans tout le ventre, avec une telle intensité que, cinq minutes après le début, la malade ne pouvait plus faire un mouvement. On fait prévenir le Dr Richon, qui arrive à 9 heures du soir auprès de la malade et me fait appeler aussitôt.

Nous nous trouvons en présence d'une fillette d'aspect rachitique, cypho-scoliotique, couchée en chien de fusil et recroquevillée sur le côté gauche. La face, ordinairement pâle, est maintenant d'une blancheur de cire; les lèvres et les conjonctives sont décolorées; le nez est effilé, froid, les yeux profondément excavés expriment l'angoisse la plus vive. Nous essayons de la tourner sur le dos, ce qui lui arrache des cris plaintifs, et ce qui provoque un vomissement noir peu abondant. C'est la quatrième fois qu'elle vomit depuis le début des douleurs. Elle n'a rendu ni selles, ni gaz, ni urines.

La paroi abdominale est tendue, dure « comme du bois », rétractée sur la ligne médiane, distendue sur les parties latérales. La palpation la plus douce réveille des douleurs très vives, surtout au niveau de l'épigastre; la percussion, à peine possible, montre la disparition complète de la matité hépatique.

La température est de 36,1; le pouls, petit, est à 140; la langue est sèche.

Etant donnés les commémoratifs et les accidents brusques que nous avons sous les yeux, le diagnostic de *perforation de l'estomac par ulcère* nous paraît s'imposer, et séance tenante nous transportons la malade à l'hôpital civil de Nancy, en automobile. A 10 heures, elle est sur la table d'opération.

A ce moment, elle est dans un tel état de faiblesse, son pouls est si misérable, son facies si mauvais, que je brusque l'intervention; sans prendre le temps de laver l'abdomen, que je badigeonne largement de teinture d'iode, sans me laver les mains que je trempe dans la même solution et tandis que quelques gouttes de chloroforme sont données, je pratique une laparotomie sus-ombilicale. Le péritoine ouvert, il

s'écoule une quantité énorme de liquide grisâtre, grumeleux, sans odeur. Il en vient de partout, des hypochondres, du milieu de la masse intestinale. Allant droit à l'estomac, je tombe sur le pylore sain, la région prépylorique, la petite courbure, toute la face antérieure de l'estomac sont indemnes. En attirant l'estomac vers le bas, je vois alors un orifice de dimensions d'une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic, qui se trouve sur la face antérieure de l'œsophage abdominal à 2 bons centimètres au-dessus du cardia. Les bords de la perforation sont rigides, durs, rappelant absolument ceux d'une perforation d'un ulcère gastrique. Il s'agit ici évidemment d'une perforation au niveau d'un ulcère simple de l'œsophage.

Je me mets en devoir d'obturer rapidement cette perforation. La suture en est extrêmement difficile à cause de l'impossibilité d'attirer le cardia dans la plaie, et de la difficulté qu'il y a de travailler dans la profondeur alors que le côlon et les anses grêles distendues comblent à chaque instant le champ opératoire. Après avoir placé deux points qui coupent immédiatement dans ce tissu dur, péri-ulcéreux, je renonce à l'oblitération directe de la perforation. J'attire alors le fondus stomacal en avant, et je l'enroule autour de l'œsophage abdominal. Pendant que mon aide le maintient ainsi, je le fixe sur l'œsophage par quelques points de suture placés à 5 ou 6 millimètres en dehors des bords de la perforation ainsi aveuglée, je ferme la région épigastrique en laissant un gros tube dans chaque hypochondre. Pas de lavage, pas de toilette prolongée de l'abdomen; fermeture rapide de la paroi en un plan au fil d'argent. Puis je fais dans la fosse iliaque droite et dans la fosse iliaque gauche, une petite boutonnière par laquelle j'introduis un gros tube, qui entre à frottement dans la boutonnière péritonéale, et qui draine chaque flanc. Une dernière incision hypogastrique permet de draîner le bassin, également par un gros tube. Chose à remarquer, alors que, à l'ouverture du ventre, les liquides intrapéritonéaux ne s'écoulaient qu'en bavant par la grande incision épigastrique, maintenant que le ventre est fermé, ils s'écoulent avec force et par une forte pression par les tubes de drainage : à peine les tubes sont-ils placés que le liquide gicle à 2 mètres de distance; l'écoulement est énorme. L'opération a duré un quart d'heure.

La malade est immédiatement transportée dans son lit. *Par les tubes hypogastriques, j'installe de suite le courant continu d'oxygène. La malade est maintenue assise dans son lit*, les pieds bien calés; *j'installe en même temps le courant continu de sérum chaud par le rectum à l'aide d'une sonde à double courant.* Nous terminons par une injection sous-cutanée de sérum de 500 grammes, éther, huile camphrée.

Le lendemain matin, l'état de la malade est encore très précaire; la température est à 37, le pouls toujours petit est à 140; le facies est toujours bien mauvais. Le pansement, fort souillé, est changé; les tubes ont beaucoup donné, sur le tube hypogastrique par où pénétrait le courant d'oxygène. Je place le tube amenant le courant d'oxygène successivement dans chaque drain et je fais venir ainsi par les tubes épigastriques iliaques de grandes quantités de liquide septique qui

s'écoulent en bouillonnant par suite du passage de l'oxygène. Je laisse installé le courant gazeux continu par les tubes épigastriques; le courant rectal de sérum chaud n'a pas encore été interrompu. Je le fais continuer. La malade reste toujours assise dans son lit.

Le premier soir, moins de vingt-quatre heures après l'opération, la malade a un gaz spontané. Les douleurs sont très diminuées; le pouls encore très fréquent a repris de l'intensité; les yeux sont plus vifs.

Le lendemain l'amélioration s'accentue; la température monte à 38, mais le pouls, à 120, est meilleur.

La malade a des gaz spontanés; je fais cesser le courant rectal de sérum chaud. Les tubes donnent toujours beaucoup, le courant d'oxygène reste en place; je l'y laisserai jusqu'au 6e jour, ce qui nécessitera 3 obus de 300 litres.

Les jours suivants, 3e, 4e, *et* 5e *jour*, la température s'élève, atteint même 39 degrés, pour retomber le 6e jour à 37 degrés. L'état général est bon, la malade a eu des selles spontanées; elle boit de l'eau et du lait, et n'a pas eu un vomissement depuis l'opération. Le 6e jour, l'amélioration apparaissant définitive, je supprime le courant d'oxygène, tout en maintenant les drains en place.

Le 10e *jour*, légère ascension de température, à 3 degrés. *Le* 11e *jour* 39; douleurs abdominales diffuses. Les drains ne donnent plus beaucoup. Je crains alors la formation de poches péritonéales enkystées. Je réinstalle successivement par tous les tubes le courant continu d'oxygène, et j'ai la satisfaction de voir, le soir, l'écoulement du pus s'être abondamment rétabli par le tube hypogastrique. Je laisse le courant en place pendant quatre jours pendant lesquels se vide et se désinfecte cette poche de péritonite pelvienne secondaire, et le 5e jour, la température est retombée à 37, les douleurs ont à peu près disparu; l'écoulement a fort diminué.

Peu à peu la convalescence s'établit. *Le* 30e *jour*, tous les tubes sont sortis, les plaies sont cicatrisées, la malade quitte l'hôpital en très bon état. Avant son départ, je lui propose de l'œsophagoscoper pour examiner par en dedans l'état de la cicatrice œsophagienne; la malade préfère attendre son retour de la campagne pour subir cet examen.

Après avoir rapporté son observation, M. Sencert étudie en détail l'ulcère de l'œsophage et ses complications. Certes, des troubles fonctionnels suffisent souvent pour faire le diagnostic, mais M. Sencert, qui a une très grande pratique de l'œsophagoscopie, insiste avec raison sur les bons résultats que donne cet examen quand il est fait prudemment.

Les cas d'ulcère du cardia ou du tiers inférieur de l'œsophage sont les plus fréquents; l'arrêt momentané des aliments à ce niveau explique cette fréquence. La perforation abdominale de l'ulcère œsophagien est assez rare. Dans tous les cas, l'observation de M. Sencert est probablement la seule dans laquelle l'opération a été suivie de succès.

M. Sencert explique ce succès par la *multiplicité des soins post-opératoires* qu'il a préconisés : position assise de Fowler, courant continu de sérum chaud dans le rectum, courant continu d'oxygène dans la cavité péritonéale.

Ces injections d'oxygène agissent comme antiseptique physiologique, elles exaltent la défense biologique du péritoine, elles combattent la parésie intestinale, elles accélèrent le péristaltisme de l'intestin; elles stimulent l'appareil respiratoire et l'appareil cardio-vasculaire.

A ce propos, il rappelle le désaccord qu'il y a actuellement sur les expressions de péritonites généralisées employées couramment par de nombreux chirurgiens étrangers alors qu'il ne s'agit en réalité que de péritonites sous-ombilicales. Si on rétablit bien le sens intégral des mots, on voit que les statistiques françaises valent les statistiques étrangères, et dans sa statistique personnelle portant sur 11 cas, M. Sencert note 46 p. 100 de guérison.

A ce point de vue, ma statistique personnelle globale, pendant ces quinze dernières années, est moins bonne, car, sur environ 80 cas de péritonites « généralisées », je n'ai que huit guérisons. Mais que de malades j'ai opérés, alors que bien d'autres chirurgiens les auraient abandonnés à leur malheureux sort !

Comme conclusion, je vous propose de remercier M. Sencert de son observation très intéressante et de la publier dans nos Bulletins.

Discussion.

M. Tuffier. — L'emploi du gaz oxygène comme antiseptique est déjà ancien : pour ma part j'y ai recours depuis bien des années dans les suppurations pleurales et pulmonaires. Son action sur les microbes anaérobies et sur d'autres variétés est indiscutable, mais son emploi est particulièrement justifié dans les suppurations avec fistules bronchiques; toute espèce de lavage ou d'attouchement par un antiseptique est alors formellement contre-indiqué car les accidents graves d'inondation bronchique ou d'irritation des bronches avec toux persistante sont alors presque inévitables; le passage de grandes quantités d'oxygène n'a pas ces inconvénients et leur efficacité est incontestable.

Je n'ai pas l'expérience de leur emploi en chirurgie abdominale et l'observation qui vient de nous être présentée n'est pas suffisante pour entraîner la conviction. L'oxygène chasse le pus, mais il est infiniment plus simple d'en pratiquer l'*aspiration* comme nous le faisons à peu près tous. Cette pratique bien comprise rend les plus grands services, et elle n'a pas été appliquée chez le

malade en question. Je la considère comme un des grands progrès qui avec la position de Fowler et la pastorisation constitue un des facteurs les plus importants dans l'amélioration de nos statistiques pour les soins post-opératoires en chirurgie abdominale septique.

M. Paul Reynier. — Les injections d'oxygène dans les cavités purulentes sont utilisées depuis déjà longtemps. Et il y a bien quatre ou cinq ans que dans mon service existe un cylindre d'oxygène avec détendeur, cylindre qu'on ouvre en communication avec une sonde à double courant, qu'on place dans toute cavité, qu'il me paraît difficile de désinfecter. C'est ainsi que j'ai traité avec succès des suppurations de la plèvre, des infections de la cavité utérine, et M. Savariaud peut se rappeler une pleurésie qu'il avait ouverte, et qui suppurait avec grandes élévations de température, et que ces injections d'oxygène guérirent. Je me suis encore servi avec succès de ces injections d'oxygène pour des abcès appendiculaires et des abcès rétro-utérins colpotomisés.

Je n'ai toutefois jamais systématiquement employé l'oxygène pour des péritonites qui se généralisaient, comme dans le cas que vient de citer M. Mauclaire. Comme lui, je serai disposé dorénavant à l'utiliser. Toutefois, comme M. Tuffier, je crois qu'il est bon en même temps de ne pas abandonner ces aspirations, qui nous ont rendu de grands services, surtout si, à ce traitement, on joint la position du malade, placé de façon à ce que le pus vienne se collecter dans les parties où le drain, par où se fait l'aspiration, est placé.

C'est ainsi qu'à la suite des laparotomies où j'ai été obligé de drainer, je n'ai eu qu'à me louer d'avoir adopté la position assise, préconisée par nos confrères américains.

M. Mauclaire. — Je répondrai seulement à M. Tuffier à propos de l'aspiration. Personnellement, j'ai fait cette aspiration pendant plusieurs années. Je n'en ai pas obtenu des résultats bien évidents et j'ai fini par y renoncer.

Les conclusions du rapport de M. Mauclaire, mises aux voix, sont adoptées.

Sur un cas de plombage organique par greffe épiploïque d'un évidement osseux pour ostéomyélite, par M. Cantas, agrégé de chirurgie et médecine opératoire à l'Université d'Athènes.

Rapport de M. POTHERAT.

Messieurs, le fait intéressant qu'a adressé le Dr Cantas à la Société de chirurgie et que vous m'avez chargé de vous rapporter est un nouveau document à ajouter à l'histoire de la réparation des vastes brèches créées dans les os par les lésions d'ostéomyélite et surtout les interventions qu'elles entraînent.

Ces interventions laissent après elles de vastes cavités d'une réparation extrêmement lente, parce que le tissu osseux bourgeonne très difficilement ; il faut de longs mois pour voir ces cavités se recouvrir d'un mince épiderme s'éraillant facilement et, par suite, exposé à tout instant à être blessé ou détruit, sans préjudice de l'atteinte portée à l'anatomie des formes et à l'esthétique.

Aussi, depuis longtemps, s'est-on ingénié à trouver des procédés capables de remédier à ces deux inconvénients principaux : difformités locales, lenteur et imperfection des réparations. De là sont nées toutes ces méthodes ou procédés sur lesquels il serait vraiment superflu d'insister : abrasion des bords de la cavité osseuse pour permettre aux parties molles écartées de se rejoindre par-dessus l'os malade ; mobilisation de ces parties molles elles-mêmes, comme dans les autoplasties ; refoulement par aplatissement, par fracture des rebords osseux de la cavité ; autoplasti osseuse à l'aide de fragments osseux pris à distance.

Les plombages de Mosetig-Moorhof et de Reynier s'inspiren d'un même désir, mais cherchent la solution du problème dans des matières inorganiques, insérées à l'état de fusion dans les cavités organiques et en provoquant l'occlusion à la manière des dentistes vis-à-vis de la carie dentaire. Les matières employées pour ce plombage ont varié avec les opérateurs, le principe de la méthode est resté le même.

A ces substances inertes, inorganiques, susceptibles à l'occasion de provoquer des accidents d'intoxication, exceptionnels à la vérité, mais en tout cas incapables de s'incorporer à l'organisme lui-même et, par suite, destinées le plus souvent à l'élimination, on a eu l'idée, en ces derniers temps, de substituer des substances organiques vivantes empruntées au sujet lui-même, ou à un autre sujet de l'espèce humaine, substances organiques vivantes à l'aide desquelles on remplit la cavité osseuse. Que ces substances

continuent à vivre, qu'elles se fondent dans la vie organique des tissus du malade, et voilà le problème résolu. Ici plus d'intoxication, plus d'élimination de corps étranger, un tissu vivant vient prendre définitivement la place d'un tissu mort que l'opérateur a séparé du vif.

C'est, en somme, un retour à l'autoplastie par les tissus mous du sujet qui a été et est souvent encore employée. Seulement c'est une autoplastie avec un greffon pris sur le sujet lui-même ou sur un autre sujet de même espèce. Il semble bien, d'ailleurs, que ce greffon puisse être constitué par des tissus très différents : tissu cellulaire sous-cutané, graisse, et même grand épiploon, ainsi que vous le verrez dans un instant.

Quoi qu'il en soit, c'est bien là une autoplastie, et je souhaiterais que ce mot fût conservé à cette méthode, car l'expression de *plombage organique* employée par l'auteur dont j'analyse le travail, me paraît être un non-sens. Ces deux mots jurent de se trouver réunis; un plombage est de par sa nature même inorganique.

Messieurs, je ne fais pas l'historique de ces méthodes, mais je rappellerai seulement que l'emploi de tissus vivants pour combler les os évidés chirurgicalement a été réalisé pour la première fois chez nous par notre collègue Chaput, qui a utilisé comme greffon une masse adipeuse.

C'est du procédé de Chaput que s'est inspiré le docteur Cantas d'Athènes. Mais il a demandé au grand épiploon d'un autre sujet de lui fournir le greffon dont il avait besoin. Voici d'ailleurs l'observation résumée de notre confrère grec.

Un homme de trente-quatre ans, employé de chemin de fer, reçoit au cours d'une bagarre un coup violent de barre de fer sur la jambe droite. Une ostéomyélite s'ensuit, et cinquante-cinq jours après le traumatisme on fait un évidement du tibia à la clinique du D[r] Papaionnou. Il en résulte une cavité longue de 5 centimètres, large de 1 centimètre et demi et profonde de 2 centimètres. Il avait fallu trois mois pour obtenir une médiocre épidermisation de cette cavité, et encore cette épidermisation laissait-elle à sa partie inférieure un trajet fistuleux conduisant sur des esquilles osseuses. Aussi le D[r] Cantas, auquel incombe alors le soin de traiter le malade, est-il amené à pratiquer un nouvel évidement au niveau de la première intervention et au-dessous, intervention pénétrant dans le canal médullaire qui est ouvert, ruginé, curetté, gratté consciencieusement, après ablation de plusieurs séquestres lamellaires. Cependant, malgré cette intervention sur l'importance de laquelle semble insister l'auteur, il ne persiste sur la face interne du tibia qu'une cavité longue de 11 centimètres, mais large seulement de 2 centimètres ; c'est donc une étroite gouttière.

Dans sa plus grande dépression, cette cavité mesurait seulement 2 cent. 5 ce qui est peu, ce me semble, pour un tibia chroniquement enflammé et dont le canal médullaire contenant des sequestres a été mis à jour. Il importe peu, d'ailleurs, ce n'est pas là l'intéressant.

Nous arrivons à la partie essentielle de cette curieuse observation. C'est le 20 octobre dernier que M. Cantas a fait son intervention à la stovaïne lombaire. Il a nettoyé soigneusement la cavité osseuse, l'a badigeonnée de teinture d'iode, puis tamponnée partiellement à la gaze aseptique simple.

Le 23, ce pansement est renouvelé, et la cavité osseuse est encore badigeonnée à la teinture d'iode.

C'est seulement le 26 octobre, six jours par conséquent après l'intervention, que M. Cantas fait son autoplastie. Il a d'abord opéré un malade d'une hernie avec abondante épiplocèle. Il a réséqué l'épiploon dont il a réservé une portion suffisante qu'il a de suite enveloppée dans une compresse de gaze aseptique imbibée de sérum physiologique isotonique.

A ce moment il a ouvert le foyer de l'ostéomyélite, a constaté sa propreté, la netteté de sa surface, et alors s'abstenant, cette fois, de tout badigeonnage local, et même de tout lavage, il a placé dans la cavité osseuse le fragment d'épiploon réservé qui « modérément tassé » remplit toute cette cavité. La peau est ramenée par-dessus et suturée dans toute l'étendue de la cavité, sauf tout en bas, où est ménagé un petit pertuis drainé avec une mèche pour parer à tout hasard à une rétention de liquide. Ce fut d'ailleurs la précaution inutile, car au bout de quatre jours, cette mèche retirée, on ne constata aucune odeur, aucun écoulement et, le 9 novembre, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération, la cicatrisation est complète et parfaite.

Mais le 24 novembre, un petit abcès se manifeste au bas de la plaie opératoire; on l'ouvre, il contient du pus et un petit séquestre; il se ferme très vite. — Un mois plus tard, nouvel abcès au même niveau; abcès petit, contenant lui aussi, avec un peu de pus, un petit séquestre. Au bout de quelques jours ce nouvel abcès est guéri; il sera le dernier accident présenté par ce malade.

A aucun moment, le greffon épiploïque n'a été infecté; il n'a pas suppuré, il ne s'est éliminé d'aucune manière; il a donc continué à vivre, et il a assuré, *en quinze jours*, l'obturation et la réparation d'une plaie osseuse qui, sans cet heureux artifice, eût demandé des mois et des mois pour se couvrir d'une cicatrice qui n'eut pas masqué la perte de substance de l'os.

La méthode a donc donné à M. Cantas, d'une manière complète, tout ce qu'il était en droit de lui demander, et le résultat obtenu

est aussi parfait dans le temps et dans la forme que les esprits les plus exigeants peuvent le souhaiter.

M. Cantas se félicite, à juste raison, du succès obtenu, et il n'est pas besoin pour cela qu'il invoque la différence du résultat obtenu chez son opéré avec celui qui succéda à un plombage par le mélange de von Mosetig-Moorhof, pratiqué à Vienne même chez un autre de ses malades qui vint chez lui mourir de néphrite toxique. Le plombage à la Mosetig n'intoxiquerait-il pas les malades, et il n'est que juste de faire observer que c'est là une éventualité très exceptionnelle, qu'il n'entrerait pas en comparaison avec l'autoplastie à la Chaput, réalisée par M. Cantas. Même non toxique, le plombage substitue à un tissu vivant un corps inerte, inorganique, non assimilable, non vivifiable. Il en va de toute autre façon avec le greffon organique, vivant.

Cette méthode qui a donné à Chaput et à son imitateur, M. Cantas, de si beaux succès, mérite donc toute notre attention; ainsi comprise, avec de tels résultats, elle est véritablement la méthode idéale.

Est-ce à dire que l'expérience renouvelée sera toujours aussi favorable? Je ne le crois pas; ce serait trop beau, et nous ne pouvons espérer atteindre d'emblée à la perfection. Il faut ici des conditions d'asepsie rigoureuse, et de la cavité, et du greffon, d'hémostase parfaite, que l'on n'est pas toujours maître de réaliser. Et puis peut-être le tissu employé au greffon n'est-il pas indifférent; jusqu'ici la graisse et le grand épiploon ont réussi; trouvera-t-on des tissus offrant plus de chances de succès grâce à une vitalité plus grande, ou à une conservation plus facile. C'est ce que l'expérience nous apprendra; mais les quelques résultats obtenus jusqu'ici sont des plus encourageants et doivent nous inciter à poursuivre l'application de la méthode du remplissage des cavités osseuses à l'aide des greffons organiques, vivants.

Comme conclusion, messieurs, je vous propose de remercier M. Cantas du travail qu'il nous a envoyé, de le féliciter du beau succès qu'il a obtenu et de déposer son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Tuffier. — Les greffes autoplastiques me paraissent d'un grand avenir, et je crois que de très nombreuses applications chirurgicales leur sont dévolues. Pour ma part, je vous ai entretenu de mes tentatives d'autogreffes et d'hétérogreffes de membranes, de tissus et d'organes, avec ou sans conservation en cold storage, et je continue mes recherches dans cette voie.

Il ne s'agit dans l'observation rapportée par Potherat que d'un

cas d'hétérogreffe d'épiploon dans une cavité osseuse du tibia, c'est-à-dire d'un dérivé de la méthode de Chaput. J'ai pratiqué, dans ces cas d'ostéomyélite chronique des autogreffes et des hétérogreffes; j'en ai publié plusieurs exemples dans la thèse de mon élève Ferrun. Une complication semblable à celle qui vient de nous être signalée est le seul point que je veuille développer.

M[me] R..., âgée de vingt-huit ans, entre, le 26 janvier 1910, pour un foyer d'ostéomyélite prolongée qui remonte à quinze ans, alors que la malade avait treize ans. Ce foyer, qui a été trépané deux fois (à seize ans et à dix-neuf ans), occupe l'extrémité inférieure du fémur droit.

Actuellement, depuis douze jours, la malade a été prise de douleurs vives au niveau de cet ancien foyer.

A l'examen, au tiers inférieur de la cuisse, sur la face externe, une cicatrice irrégulière occupe le centre d'une région rouge, chaude, tuméfiée et douloureuse.

Opération. 1[er] février. — Incision d'un abcès et évacuation d'un pus très épais. Os irrégulier. Trépanation du canal médullaire; évidement large. L'excavation est ensuite comblée par une petite masse de tissu cellulo-graisseux du volume de deux pouces, prise plus haut sur la face externe de la cuisse. Suture sans drainage.

Suites opératoires normales; aucun suintement de la plaie.

Le 23 février, la malade est présentée à la Société de Chirurgie.

Le 26 février, elle quitte l'hôpital.

Revue le 17 janvier 1911. On trouve un léger épanchement séro-sanguin qui soulève l'épiderme et conduit sur l'os dénudé. Il s'agit d'un nouveau trajet ostéomyélitique sans rapport avec la greffe au-dessous de laquelle il passe.

Il faut donc bien savoir que la greffe graisseuse bouche la cavité, mais ne met, bien entendu, aucun obstacle à la continuation du processus infectieux, elle peut même vivre, et de nouveaux abcès peuvent se former à son niveau.

Quant à la substance susceptible d'être greffée avec succès, elle est très variable. Mon expérience à cet égard est déjà assez large. Je vous citerai comme autogreffe l'enveloppement de l'extrémité osseuse du fémur après amputation de cuisse, ou plutôt la coiffe de cette extrémité au moyen d'un fragment d'aponévrose pris sur la jambe amputée : l'os est ainsi recouvert comme le bouchon du pharmacien par la coiffe de papier de couleur qui lui est chère; — la greffe d'épiploon entre les os d'une résection du coude (hétérogreffe après conservation à la flamme) avec le même succès. — Je vous ai parlé du remplissage des cavités du décollement pleuro-pariétal par des lipomes, et je vous ai montré des malades ainsi opérés. Ils sont restés guéris. J'en ai d'autres chez lesquels un épiploon frais et un épiploon conservé à la glacière m'ont donné

le même succès. Enfin j'ai, il y a une douzaine de jours, à la maison de santé de la rue de la Pompe, pratiqué une autoplastie sur la plèvre.

Il s'agissait d'une femme que j'opérai, il y a seize ans pour la première fois, d'un cancer du sein et qui a eu quatre récidives locales. Dans cette cinquième opération, je dus ouvrir largement la plèvre et réséquer les parties fibro-cartilagineuses adjacentes. Un pneumothorax s'ensuivit, il m'était très difficile de fermer la plaie cutanée dont la peau prêtait peu. Pour fermer l'orifice pleural largement béant, je fis l'autoplastie ouverte. Résection chez cette malade sur les coupures élargies de la plaie de l'aponévrose du grand pectoral et du tissu cellulaire adjacent. Le fragment complètement libre mesurait environ 6 à 7 centimètres de diamètre. Je l'appliquai sur la perte de substance du thorax et le suturai très exactement à sa périphérie (au catgut). On voyait sa tension à chaque inspiration et à chaque expiration. Par-dessus le tout, je réunis la peau sans aucun drainage ; ma malade a parfaitement guéri et est sortie actuellement de la maison de santé.

Je pourrais multiplier ces observations personnelles, mais je compte revenir sur cette question qui mérite réellement une part plus large qu'elle n'a été faite dans la chirurgie moderne.

M. Morestin. — Les greffes d'organes, les transplantations de tissus vivants, tiendront sans doute un jour, dans la chirurgie une place très importante, et l'on peut déjà entrevoir leurs multiples applications, qui changeront vraisemblablement bien des choses dans nos habitudes opératoires. La greffe graisseuse dès qu'elle nous a été proposée par notre collègue Chaput m'a paru une ressource précieuse, intéressante au plus haut degré et dont il convenait de chercher les indications.

A vrai dire, je n'ai pas été tenté du tout d'en faire l'essai dans les cavités d'ostéomyélite encore infectées et suppurantes.

Il m'a toujours semblé que dans ces cas les succès véritables, confirmés par le temps, devaient être très difficilement obtenus. Peut-on espérer sérieusement que ce paquet de tissu adipeux puisse vivre, ou même être toléré, dans un foyer dont l'aseptisation complète est presque impossible à réaliser. Aussi bien qu'ayant eu l'occasion d'observer, comme vous tous, des malades porteurs de vieilles ostéomyélites, n'ai-je pas songé un seul instant à les traiter de cette manière. Je souhaiterais que les malades chez lesquels on a fait cette opération soient longtemps suivis et le résultat contrôlé au bout de plusieurs mois.

L'observation relatée par M. Cantas est certes fort curieuse, et mérite attention, mais voici un malade dont la plaie est à peine

cicatrisée qui fait coup sur coup deux poussées nouvelles. Il semblait guéri le jour où son histoire nous a été adressée, mais comment croire, après quelques semaines seulement, que la maladie soit éteinte.

On sait combien il est fréquent de la voir reprendre son activité après des périodes latentes ou torpides de plus ou moins longue durée. Il faudrait donc ici que le temps eût fait la preuve de la solidité de la guérison et de la tolérance de la greffe.

Mais si dans les cavités d'ostéomyélite encore en activité, je suis peu disposé à utiliser les greffes graisseuses, il me semble qu'on peut les employer très utilement dans la chirurgie réparatrice.

Chaque fois qu'il s'agit de combler une cavité aseptique, d'effacer un creux, elles sont susceptibles de rendre service. Ainsi, il y a quelques mois, j'ai présenté à la Société une jeune femme chez laquelle j'avais pu effiacer une hideuse difformité faciale, consécutive à une ostéomyélite du maxillaire (celle-ci complètement éteinte depuis longtemps), en extirpant les cicatrices et en insérant sous les téguments décollés une boule de tissu adipeux prise dans la fesse du sujet. Le résultat a été excellent, il l'est demeuré, et devait rester satisfaisant, la greffe ayant été faite dans des conditions entièrement aseptiques.

Plus récemment j'ai fait une autre tentative, qui offre quelque intérêt. J'ai reçu dans mon service le 23 juin dernier, une femme, à laquelle M. Monthus avait pratiqué l'exentération de l'œil pour une tumeur maligne. Sa cavité orbitaire avait été exactement vidée, les paupières extirpées; les parois orbitaires s'étaient péniblement recouvertes d'un tissu épidermique, qui s'excoriait sans cesse. Au pourtour de l'orbite, en bas, en dehors, on voyait encore du tissu cicatriciel. La difformité était affreuse et l'application d'une prothèse difficile. J'ai pensé que l'on pouvait essayer de combler ce vide déplorable et améliorer la situation de cette pauvre femme.

Le 27 juin, j'ai excisé, assez difficilement d'ailleurs, tout le revêtement cicatriciel de l'orbite. Puis j'ai taillé un lambeau frontal à pédicule inférieur répondant à la racine du nez, de dimensions et de forme convenables pour couvrir la base de l'orbite. J'ai pu réunir immédiatement la plaie d'emprunt frontal, grâce à un décollement poursuivi à droite et à gauche jusque sur les tempes. Ensuite le lambeau fut fixé aux téguments au pourtour de la brèche à combler. Je suturai son bord supérieur, son bord externe, une partie de son bord inférieur, laissant provisoirement celui-ci incomplètement réuni.

Je prélevai alors dans la fesse gauche un paquet de graisse dont je bourrai la loge orbitaire fermée en avant par le lambeau.

Comme il me restait un excédent de graisse, au lieu de jeter ce reliquat, je le replaçai dans la plaie fessière et refermai celle-ci.

Enfin j'achevai de clore la loge orbitaire en plaçant les derniers fils sur le bord inférieur du lambeau.

Les suites furent des plus simples, les fils retirés au septième jour et la réunion primitive obtenue, tant au niveau de la fesse que de l'orbite.

Cette observation est deux fois démonstrative au point de vue de la tolérance d'un paquet graisseux qui a été isolé de l'organisme, car il n'y a eu d'élimination ni du côté de la fesse, ni du côté de l'orbite.

En palpant la fesse, on sent une petite masse arrondie, assez ferme, qui répond au paquet graisseux réintégré. La malade la compare à une bille. Il me paraît donc certain qu'elle ne s'est pas réunie complètement aux tissus ambiants, mais qu'elle est tolérée.

Pour la greffe orbitaire, elle a changé légèrement de consistance et est devenue un peu plus ferme.

A dessein je l'ai faite un peu volumineuse, pensant qu'elle se tasserait et se réduirait spontanément, et qu'un peu plus tard je pourrais la façonner et la mettre au point.

Déjà la situation de la malade est bien différente, et sa difformité très améliorée. Elle le sera davantage quand la greffe sera réduite spontanément ou artificiellement.

Peut-être pourrai-je faire plus, imiter par tatouage du lambeau l'apparence d'un œil, greffer deux rubans de cuir pileux qui donneront une apparence de cils, ou même insérer dans ce lambeau une rondelle de téguments empruntée à un nègre que j'ai en ce moment dans mon service.

Je n'ai garde d'insister sur ces derniers points, puisqu'il s'agit de conjectures, et je reviens à la greffe graisseuse. L'histoire de cette malade est très encourageante, même à ne l'examiner qu'au point de vue expérimental. Elle prouve, et deux fois plutôt qu'une, avec quelle facilité le tissu adipeux greffé est toléré, et quelle ressource excellente il constitue comme matière plastique. On en peut faire une foule d'applications, je le répète, mais en évitant surtout de placer la greffe dans un milieu encore septique.

M. Mauclaire. — J'ai publié à la Société anatomique, en mars 1904 et rappelé ici, en mai 1910, un cas de greffe d'épiploon d'un adolescent dans le tibia d'un enfant atteint d'ostéomyélite. Cette hétérogreffe n'a pas réussi, car, huit jours après, la plaie s'est désunie et l'épiploon s'est éliminé sous la forme d'un liquide huileux.

N'ayant pas de malade ayant à la fois une hernie et une cavité ostéomyélite, j'ai pris des cartilages costaux chez deux malades

que j'ai présentés ici en avril 1907, et je les ai greffés dans des cavités tibiales. La greffe ici a réussi. Mais il faut bien savoir qu'il ne s'agissait pas d'une grande cavité ostéomyélite. La question de la dimension de la cavité à combler a une grande importance.

J'ajouterai enfin, que j'ai déjà publié un fait d'autogreffe d'épiploon chez une malade ayant un kyste hydatique marsupialisé et compliqué de cholerragie. Cette greffe a arrêté la cholerragie et activé le comblement de la cavité.

M. Nélaton. — Ayant entendu ici la communication de notre collègue Chaput, j'ai fait peu après la greffe adipeuse dans un cas de cavité osseuse consécutive à une ostéomyélite observée dans mon service. Le résultat immédiat fut parfait. Mais deux mois plus tard, il y eut suppuration et élimination du greffon. Je ne crois donc pas cette méthode de Chaput définitivement établie, et supérieure en tous cas, à d'autres que nous avons coutume d'employer et spécialement à l'autoplastie par la méthode italienne.

M. Walther. — Je crois, comme tous nos collègues, que le temps est un peu court pour juger du résultat de l'opération que vient de nous rapporter M. Potherat.

J'ai eu, moi aussi, l'occasion de faire, quelque temps après la communication de notre collègue Chaput, une greffe de graisse pour une cavité du tibia d'origine ostéomyélitique. La cavité évidée et convenablement aseptisée était assez grande. Elle avait environ 10 à 12 centimètres de long et 2 centimètres de large. Elle fut très exactement comblée par un greffon de tissu graisseux sous-cutané pris à la cuisse. Le résultat immédiat fut bon et je croyais à un succès de la méthode. Mais au bout de cinq à six semaines, se fit à la partie inférieure de la cicatrice une petite ulcération et par où s'établit un suintement huileux qui témoignait de l'élimination au moins partielle de la greffe. Après quelque temps cette ulcération se ferma et la malade quitta mon service en apparence guérie.

M. Tuffier. — Il faut distinguer deux complications post-opératoires de ces greffes dans l'ostéomyélite, complications indépendantes et que vous me paraissez confondre : 1° la fonte septique ou l'élimination de la greffe; 2° la persistance de l'ostéomyélite, un nouvel abcès, une nouvelle fistule, sous la greffe et indépendamment d'elle; c'est le cas de mon malade.

M. Ombrédanne. — J'ai employé plusieurs fois les greffes graisseuses pour combler des cavités d'ostéomyélite. Dans certains cas

j'ai eu la réunion par première intention, dans d'autres la guérison n'est survenue qu'après un temps plus ou moins long.

Mais, dans un cas particulièrement typique, où je pensais avoir obtenu un succès définitif, j'ai, un mois après la guérison, vu se reproduire un petit suintement huileux qui depuis n'a pas cessé; ce cas a été publié dans la thèse de mon ancien interne Ferran.

Les conclusions du rapport de M. POTHERAT, mises aux voix, sont adoptées.

Présentation de malade.

Présentation d'une jeune femme opérée dans l'enfance, il y a vingt-trois ans pour difformités rachitiques des jambes et des fémurs; quatre ostéotomies successives.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — L'intérêt de la présentation que je fais est tout entière dans l'ancienneté de l'opération qui permet de constater, à très longue échéance, les résultats acquis par l'opération. Je pourrais ajouter qu'elle permet de rappeler le succès d'une série d'opérations graves sur les os pratiquées à ciel ouvert à une époque où de semblables opérations passaient encore pour des crimes aux yeux des maîtres de la science et où celles qui avaient été tentées avaient souvent donné des résultats désastreux.

En 1888, une enfant de 6 ans me fut présentée à l'hôpital Saint-Louis, pour des déformations rachitiques des deux membres inférieurs telles que la marche lui était réellement presque impossible. La courbure des jambes et celle des cuisses étaient extrêmes, et à la cuisse droite l'arc à concavité interne était compliqué d'un arc très prononcé à convexité antérieure qui aggravait encore les conditions de sustentation du sujet.

Je décidai de rectifier les colonnes osseuses des deux membres dans des opérations successives. Je commençai par les jambes, car je prévoyais tout naturellement que le redressement des tibias et péronés aurait pour conséquence la formation d'un genu valgum extraordinaire, et il y avait un réel intérêt à ce que l'opération à faire sur le fémur ne fût déterminée que lorsque l'opération faite sur la jambe aurait permis de constater toute la difformité des fémurs à laquelle il faudrait remédier.

Je décidai de faire l'ostéotomie aux points qui me paraîtraient les plus favorables pour le redressement, mais aussi assez loin de l'articulation du genou ou du moins des cartilages épiphysaires,

de façon à avoir toutes chances de ne pas troubler les phénomènes de développement des membres inférieurs.

Sur les jambes, l'ostéotomie du tibia et du péroné fut faite de chaque côté à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et la section des fémurs fut faite un peu au-dessus des condyles. On voit à peine les cicatrices des jambes, un peu mieux celles des cuisses.

La première opération fut faite sur la jambe droite le 2 août 1888.

L'opération sur la jambe gauche fut faite le 11 septembre suivant.

L'opération sur le fémur gauche fut faite le 8 novembre 1888.

L'opération fut faite sur la cuisse droite seulement huit mois plus tard, soit le 23 mai 1889.

Pour cette dernière on peut remarquer une particularité de la cicatrice. Elle est tout à fait antérieure. En effet, de ce côté, le fémur faisait en avant une saillie considérable, et il y avait toutes chances d'atteindre plus directement le centre de la déformation en incisant à ce niveau, ce qui fut fait. A gauche, l'incision est interne, comme ordinairement pour le genu valgum.

Les suites de ces opérations furent très simples, bien entendu avec une absence absolue de la moindre infection, comme toutes les opérations que j'ai faites sur les os, et pour lesquelles malgré le jeune âge des sujets j'ai toujours employé la solution phéniquée forte sans jamais avoir vu une intoxication quelconque.

L'enfant fut suivie très exactement, car elle a ainsi séjourné près de deux ans dans le service. Aussi ses débuts de marche après les séjours nécessaires dans les appareils inamovibles ont pu être dirigés avec soin.

Pendant mon passage à l'hôpital Saint-Louis, j'ai revu plusieurs fois cette enfant que les religieuses connaissaient bien, puis, après mon départ de Saint-Louis en 1896, je l'ai perdue de vue complètement et je viens de la retrouver.

Vous pouvez voir combien les traces des opérations sont peu visibles. La rectitude des membres est parfaite. Le jeu des articulations est complet dans la flexion et l'extension.

Le développement des os des jambes et des cuisses s'est fait bien régulièrement, car cette femme, de taille moyenne, n'a aucun des aspects ordinaires du rachitisme. Son état général est bon. Elle est réglée régulièrement, travaille debout, souvent sans fatigue aucune, et la régularité de sa marche ne trahit aucun trouble des membres inférieurs.

Je tiens à faire remarquer que, chez cette femme, en l'absence de toute suture osseuse, j'ai eu une rectification parfaite de la direction des leviers osseux dans des appareils inamovibles et, si

on s'en rapporte aux dates des opérations, une réparation très rapide des fractures ouvertes que j'avais produites.

On peut constater aussi qu'avec une antisepsie complète les quatre opérations successives ont donné des résultats sans poussées d'ostéite sur un sujet encore tout proche de l'évolution de son mal osseux.

Enfin, il est pour moi de toute évidence que ces réparations ou régularisations osseuses ont pour conséquences de placer les muscles dans de très bonnes conditions de développement, si bien que sur un sujet opéré jeune on obtient des fonctions aussi parfaites que possible. L'observation d'une opérée, à aussi longue échéance est donc instructive à des égards multiples.

ERRATUM

Dans le compte rendu de la dernière séance, à la page 994, dix-neuvième ligne, *au lieu de*: incision sous-pubienne, *lire* : incision *sus-pubienne.*

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. BAZY, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une note manuscrite de M. le Dr Jules REGNAULT, médecin de 1re classe de la marine, professeur d'Anatomie à l'École de médecine navale de Toulon, sur *un cas de luxation carpo-métacarpienne*.

4°. — Une autre note manuscrite de M. le professeur Jules REGNAULT et de M. le Dr BOURRET-LACOUTURE, prosecteur d'Anatomie à l'École navale de Toulon, sur *un cas d'anévrisme de l'arcade pulmonaire superficielle, suite de contusion.*

Ces deux notes sont renvoyées à l'examen d'une Commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

Mort de M. Nélaton.

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT.

Messieurs,

La mort de Charles Nélaton est douloureusement ressentie par la Société de Chirurgie tout entière. Pour plusieurs d'entre nous, cette disparition soudaine de l'ami le plus loyal et le plus fidèle est une catastrophe qui nous laisse brisés et désolés.

Nélaton comptait parmi les meilleurs et les plus nobles chirurgiens de notre temps. Héritier d'un nom illustre dont il était légitimement fier, il avait affirmé sa personnalité par des qualités chirurgicales de premier ordre aussi bien que par la netteté de son esprit, la rectitude de son jugement, la dignité et l'élévation de son caractère. Il était très apprécié et très écouté parmi nous.

L'ami valait le chirurgien. Il y avait autour de Nélaton comme un rayonnement de bonté et de dévouement. Son désintéressement et sa générosité étaient sans limites.

Que de traits je pourrais citer, si je ne craignais d'offenser sa mémoire en transgressant sa volonté, car, dans sa simplicité et sa modestie, il fut toujours l'ennemi du faste et de l'ostentation.

Si j'ai cru devoir rompre ici le silence qu'il a désiré sur sa tombe, c'est pour ne pas laisser partir sans une parole d'adieu le collègue excellent, l'ami incomparable que nous avons perdu; c'est aussi pour exprimer à Mme Nélaton et aux siens les regrets unanimes et la profonde sympathie de la Société de Chirurgie.

Présentations de malades.

Fistule vésico-vaginale rebelle.

M. Chevassu, chirurgien des hôpitaux, présente une malade ayant été atteinte de *fistule vésico-vaginale rebelle, opérée et guérie par voie transvésicale*, et lit une note sur ce cas.

La présentation de M. Chevassu est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Michon est nommé rapporteur.

Subluxation ancienne et irréductible du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde. Extirpation du semi-lunaire et du fragment supérieur du scaphoïde. Résultat fonctionnel excellent.

M. O. Jacob. — Il y a quelques semaines, notre collègue Rouvillois nous présentait un cas de subluxation récente du semi-lunaire, avec fracture du scaphoïde, traité par la réduction immédiate, et il nous faisait constater le résultat excellent obtenu chez son malade. Je vous présente, à mon tour, un cas de subluxation du

semi-lunaire avec fracture du scaphoïde, mais, dans mon cas, la subluxation datait de un mois et demi; elle ne put être réduite sous chloroforme et je dus extirper le semi-lunaire et le fragment supérieur du scaphoïde.

Comme vous pouvez en juger en examinant le malade, le résultat fonctionnel est très bon et ne le cède en rien à celui obtenu chez le malade de M. Rouvillois.

Voici le résumé de l'observation de mon malade : X..., vingt-deux ans, soldat au 76e d'infanterie, fait le 3 mai 1911 une chute dans un escalier, le poids du corps portant sur la paume de la main gauche (main en hyperextension). Douleurs vives dans le poignet, tuméfaction, fourmillements dans l'index, le médius et l'annulaire, etc.



Fig. 1. — Radiographie de profil faite avant l'intervention : le grand os n'est plus coiffé par le semi-lunaire ; il se trouve en arrière de lui.

Je vis le malade pour la première fois le 13 juin. Le diagnostic de subluxation du semi-lunaire était évident. Il y avait, en effet, un épaississement antéro-postérieur du poignet, une saillie osseuse au niveau du milieu du pli de flexion du poignet, de la douleur à la pression dans la tabatière anatomique, de l'anesthésie à la piqûre sur la moitié interne de l'index, sur le médius et la moitié externe de l'annulaire, de l'atrophie notable de l'éminence thénar ; les mouvements du poignet étaient très douloureux et très limités et s'accompagnaient de craquements. La radiographie

confirmait le diagnostic (fig. 1) et montrait également l'existence d'une fracture transversale du scaphoïde, que, d'ailleurs, la douleur à la pression dans la tabatière anatomique avait fait soupçonner.

Une tentative de réduction sous chloroforme, faite le 15 juin, ayant échoué, je pratiquai, le 17 juin, l'extirpation du semi-lunaire



Fig. 2. — Radiographie de face faite après l'extirpation du semi-lunaire et du fragment supérieur du scaphoïde.

et du fragment supérieur du scaphoïde qui lui était uni. L'intervention, faite par la voie palmaire, ne présenta rien de bien intéressant à signaler. Le médian n'était pas modifié et se trouvait en situation normale, je veux dire séparé du semi-lunaire par la masse des tendons fléchisseurs. Quant au semi-lunaire, son extraction fut un peu pénible et elle s'accompagna de l'extirpation simultanée du fragment supérieur du scaphoïde solidement fixé au semi-lunaire

par le ligament interosseux ; la surface fracturaire du fragment scaphoïdien était sèche, cicatrisée, en quelque sorte

Les suites opératoires furent normales et je fis commencer, dès le huitième jour, l'électrisation, les massages et la mobilisation active.

Actuellement, trente-neuf jours après l'opération, l'état du poignet est le suivant :

Le poignet reste un peu épaissi dans le sens antéro-postérieur, mais il est souple et indolore. Les mouvements de flexion palmaire, d'adduction, d'abduction, de rotation ont toute leur amplitude ; le mouvement d'hyperextension (flexion dorsale) reste seul un peu limité ; au lieu d'atteindre l'angle droit, il ne dépasse pas l'angle obtus. L'anesthésie cutanée de l'index, du médius et de l'auriculaire a fait place à une hypoesthésie légère qui va s'atténuant de plus en plus. L'atrophie des muscles thénariens a presque disparu et la main a récupéré une bonne partie de sa force.

M. Savariaud. — J'ai observé un cas analogue et j'ai obtenu un excellent résultat par l'opération qui a consisté dans l'ablation du semi-lunaire et d'un fragment du scaphoïde.

Fracture compliquée de la cuisse gauche. Extraction d'un séquestre comprenant la diaphyse fémorale en totalité et mesurant 10 centimètres de longueur ; reproduction de l'os par le périoste, ramenant le raccourcissement à 3 centimètres ; bon résultat définitif.

M. E. Kirmisson. — Je désire présenter à la Société de Chirurgie ce jeune garçon, âgé de dix ans, qui, le 22 novembre de l'année dernière, tomba d'un arbre et se fit une fracture compliquée de la cuisse gauche. La suppuration continuant à être extrêmement abondante, l'enfant fut amené dans mon service au bout de trois mois, le 1er février 1911. A trois travers de doigt au-dessus de la rotule, et au côté externe de la cuisse se voyait un orifice fistuleux, par lequel faisait issue un fragment osseux sur une longueur d'un centimètre et demi environ. Nous crûmes d'abord qu'il s'agissait de la pointe du fragment supérieur. Mais la radiographie vint nous démontrer notre erreur ; il s'agissait, en réalité, d'une fracture à trois fragments, et le séquestre qui faisait issue à travers la peau représentait le fragment intermédiaire, complètement détaché du reste. Aussi son extraction fut-elle très facile.

Elle fut pratiquée le 7 février, et suivie de l'emploi de l'exten-

sion continue dans la position rectiligne du membre, à l'aide d'un poids de 4 kilogrammes.

La suppuration ne tarda pas à diminuer; mais, au bout d'un certain temps, elle se montra plus abondante. Le 20 avril, il n'y avait pas encore de consolidation, mais la mensuration démontrait que le raccourcissement n'était plus que de 3 centimètres.

Cette persistance de la suppuration nous faisait penser qu'il y avait encore quelque séquestre. Aussi, le 8 mai, nous pratiquâmes une seconde opération, qui nous permit d'extraire deux petits séquestres.

La consolidation fut longue à se faire; c'est seulement le 28 juin que nous notons une consolidation complète; le malade pouvant dès lors soulever son membre en totalité au-dessus du plan du lit. Une nouvelle radiographie faite ces jours derniers montre que les deux fragments osseux sont bien dans le prolongement l'un de l'autre; ils sont séparés par un os périostique de nouvelle formation. Ce qui permet de comprendre comment le raccourcissement a été ramené de 10 à 3 centimètres. En effet, nous trouvons toujours par la mensuration 67 centimètres à droite et 64 à gauche, c'est-à-dire 3 centimètres de raccourcissement. Le malade commence à marcher à l'aide de béquilles.

Ce fait montre bien la puissance de reproduction osseuse du périoste chez les enfants. Dans ce cas particulier, la suture osseuse eût été une erreur; elle eût condamné le malade à un raccourcissement que le pouvoir ostéogénique du périoste a ramené à des limites parfaitement compatibles avec le bon fonctionnement du membre.

M. Lucas-Championnière. — Je m'étonne que M. Kirmisson discute ici la suture osseuse.

Dans le cas présent, elle ne devait à aucun titre être employée; on n'y pouvait même songer. On aurait pu discuter peut-être la question de la greffe, mais il n'y avait pas la moindre indication à suture; donc ce n'est pas le lieu d'en parler.

M. Mauclaire. — Le 2 mai 1902, j'ai eu à soigner, dans le service de Brun, une petite malade ayant une fracture compliquée du fémur avec un fragment intermédiaire de 4 à 5 centimètres, à la suite d'un écrasement de la cuisse.

N'observant cette malade que six mois après l'accident, j'ai fait l'extirpation du fragment moyen et j'ai greffé des fragments d'os décalcifié après avoir régularisé le foyer de fracture. Il y avait une gaine osseuse périostique, et je n'ai pas eu à faire l'extension continue. La malade a guéri vite et bien. Elle boite très peu.

M. Demoulin. — Je ferai remarquer qu'il y a deux points à envisager au sujet de la présentation de M. le professeur Kirmisson :

La puissance ostéogène du périoste chez les jeunes sujets; l'efficacité de l'extension continue, pour remédier à des raccourcissements considérables de la cuisse, consécutifs aux fractures du fémur.

Je citerai à l'appui de ce second fait, un cas de fracture de l'extrémité supérieure de la cuisse droite, chez un homme de cinquante ans, qui, trois mois après l'accident d'automobile dont il avait été victime, présentait un raccourcissement de 9 centimètres; la consolidation était incomplète.

La radiographie montra qu'il y avait un petit séquestre (il trahissait sa présence par un trajet fistuleux suppurant), siégeant sur la partie interne du foyer de la fracture. Il fut enlevé, le tissu fibreux qui réunissait mal les fragments taillés obliquement fut réséqué, et l'extension continue appliquée par M. Hennequin et par moi.

Le blessé, quoique dans un mauvais état général (troubles gastro-intestinaux et diabète léger), guérit au bout de trois mois après l'intervention et avec un raccourcissement de 3 centimètres à peine.

L'intervention a eu lieu il y a quatre ans; je revois souvent mon opéré, il marche facilement, sans claudication appréciable.

M. Potherat. — La puissance de régénération osseuse du périoste de l'enfant est considérable, et les faits qui la démontrent sont toujours extrêmement intéressants. J'en ai signalé un cas, ici même, il y a quelques années, cas absolument comparable à celui de M. Kirmisson.

Il s'agissait d'un jeune garçon de neuf ans qui avait été partiellement écrasé par la chute d'un pilastre de briques; le fémur avait été fracturé au-dessous du col chirurgical, et le fragment inférieur sortait au dehors à travers une vaste plaie, et il était non seulement imprégné de graviers, de poussières, de plâtres, mais il était totalement dépouillé de son périoste retourné en doigt de gant. Je fis une résection osseuse de 7 centimètres de long exactement. Cela ne représentait pas 7 centimètres de diaphyse, car il faut tenir compte du biseau, mais cela représentait 5 bons centimètres du corps de l'os. L'extension continue maintint à bonne distance le fragment supérieur et le grand fragment inférieur sur lequel avait porté la résection. Le périoste conservé fit si bien son œuvre que cet enfant, aujourd'hui majeur, marche très bien, boite si peu, que l'année dernière on fut sur le point de le prendre pour

le service militaire, et qu'il fallut mon certificat pour entraîner son exonération du service.

Je pourrais citer d'autres faits au moins aussi éclatants de cette régénération osseuse par le périoste des jeunes, et des faits se rapportant au fémur lui-même, mais je ne veux pas abuser de votre attention.

M. Kirmisson. — En vous amenant cet enfant, j'ai voulu vous montrer ce que peut, en fait de réparation diaphysaire, le périoste des jeunes sujets.

J'ai parlé de la suture osseuse, incidemment, pour mettre en garde contre cette pratique ceux qui, mal inspirés, seraient tentés d'y avoir recours mal à propos, mais j'ai eu soin de dire que ce n'était pas le cas ici de songer à cette suture.

La séance est levée en signe de deuil.

Vacances.

En raison des vacances et du Congrès de l'Association française de Chirurgie, la prochaine séance de la Société est reportée au **11 octobre prochain**.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des semaines précédentes.

2°. — Le XXVIe volume des *Bulletins de John Hopkins Hospital.*

3°. — Une circulaire du Ministre de l'Instruction publique, adressant à la Société le programme concernant le L^e congrès des Sociétés savantes, qui s'ouvrira à Paris le 9 avril 1912.

4°. — Une note de M. HACHE, membre correspondant, intitulée : *Les troubles de la croissance du tibia après les ostéomyélites froides* (voir p. 1074).

5°. — Un travail du Dr Jean FERRON (de Bordeaux), intitulé : *Du fonctionnement du rein restant après la néphrectomie*, pour le prix Duval.

6°. — Un travail de M. GAUTHIER (de Luxeuil), sur un *procédé particulier d'amputation de jambe à lambeau externe.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

7°. — Un travail de M. le Dr MARQUIS (de Rennes), intitulé : *Désinfection des mains par l'alcool sans lavage et savonnage préalables.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. SAVARIAUD est nommé rapporteur.

8°. — Une brochure du Dr Théodoridès (d'Athènes), faisant connaître une *curette utérine spéciale* et un *nouveau dilatateur de l'utérus ou du rectum rétréci*, glissant sur conducteur ; une autre brochure du même auteur, sur une *nouvelle opération applicable à la sténose de l'orifice interne de l'utérus.*

9°. — Le volume XLIII du *Journal and proceedings of the Royal Society of New South Wales, for* 1909.

Mort de M. le professeur G. Julliard (de Genève), membre associé.

M. le Président. — Messieurs, j'ai le regret d'annoncer à la Société de chirurgie la mort du professeur Julliard, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève, qui a succombé le 14 août dernier.

M. Julliard avait été élu membre correspondant de notre Société en 1884 et membre associé en 1891. Il était donc des nôtres depuis de longues années.

Il a occupé une place considérable dans la chirurgie de la fin du XIXe siècle et sa mort a été vivement ressentie, non seulement dans sa patrie, mais aussi en France, où M. Julliard, ancien interne de nos hôpitaux, comptait de nombreux amis.

J'adresse ici à Madame Julliard et à la famille de notre regretté collègue l'expression des sincères condoléances de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Les troubles de croissance du tibia après les ostéomyélites froides,

par M. MAURICE HACHE (du Caire), membre correspondant.

Pour répondre à l'objection faite par M. Broca, à ma communication du 12 juillet, j'y ajoute les renseignements suivants qui se trouvent dans l'article de *La Clinique* du 8 janvier 1909, que j'indiquais, et que je n'avais pas reproduit pour ne pas encombrer le Bulletin de la Société.

1° Relativement au siège de l'ostéite, l'altération de l'épiphyse

supérieure a très nettement influencé le degré du raccourcissement, comme le montre le tableau suivant :

Résultats définitifs : Epiphyse supérieure prise.

Obs. XII. — 13 ans. Revu à 24 ans. Raccourcissement : 4 centimètres.
Obs. XV. — 12 ans. Revu à 23 ans. Raccourcissement : 4 centimètres.
Obs. VIII. — 17 ans. Revu à 26 ans. Raccourcissement : 2 centimètres
Obs. XII. — 20 ans. Revu à 24 ans. Raccourcissement : 1 centimètre.

Epiphyse supérieure intacte.

Obs. VI. — 14 ans. Revu à 24 ans. Raccourcissement : 2 centimètres.
Obs. II. — 6 ans. Revu à 15 ans. Raccourcissement : 0 centimètre.
Obs. III. — 3 ans (séquestre superficiel) Revu à 9 ans. Raccourcissement : 0 centimètre.

Raccourcissement en voie d'évolution : Epiphyse supérieure prise.

Obs. IX. — 12 ans. Revu à 18 ans. Raccourcissement : 2 centimètres.
Obs. IV. — 14 ans. Revu à 17 ans 1/2. Raccourcissement : 15 millimètres.
Obs. XIV. — 10 ans. Revu à 11 ans 1/2. Raccourcissement : 1 centimètre.

Epiphyse supérieure intacte.

Obs. XI. — 12 ans. Revu à 17 ans. Raccourcissement : 1 centimètre.
Obs. V. — 10 ans. Revu à 17 ans 1/2. Raccourcissement : 1 centimètre.

2° Pour ce qui est de la technique opératoire, tous ces sujets n'ont subi que l'évidement nécessaire pour l'ablation des séquestres et le drainage des cavités. Deux fois seulement dans les observations VII et X la résection de la diaphyse s'est faite d'elle-même pour ainsi dire, le décollement du périoste s'étant complété pendant les manœuvres d'évidement. Ces cas, qui ont abouti à des raccourcissements de 7 et 9 centimètres, auraient pu bénéficier de la greffe osseuse après la guérison des phénomènes infectieux.

La différence entre les résultats de M. Broca et les miens tient au retard mis par les malades à venir consulter et aussi à la gravité des cas ; j'ai spécifié que je ne parlais que des formes graves, dont 216 interventions m'ont permis de constater la fréquence particulière en Syrie.

D'autres chirurgiens, sans aucun doute, se trouveront dans les mêmes conditions, et l'étendue des lésions déjà effectuées les mettra en face des mêmes éventualités auxquelles ils devront parer.

Communication.

Hypospadias pénien chez l'enfant,

par M. OMBRÉDANNE.

Dans l'année qui vient de s'écouler, un certain nombre de travaux d'un grand intérêt ont été consacrés à la correction de l'hypospadias pénien par différentes opérations autoplastiques.

Malheureusement, la plupart des interventions préconisées paraissent inapplicables chez les jeunes enfants. Il me semble impossible, par exemple, chez un enfant de deux à huit ans, de tenter l'autoplastie italienne par lambeau crural contenant la saphène, comme l'a fait M. Cantas chez un sujet de vingt-trois ans. Pourtant, c'est de bonne heure que les parents ont le désir bien légitime de voir disparaître la fâcheuse malformation dont sont affligés leurs enfants. Le traitement de l'hypospadias pénien chez l'enfant a-t-il bénéficié des travaux récents? Il ne me le semble pas.

Certes, l'incision libératrice dorsale d'Estor donne de l'étoffe, mais elle n'évite pas les désunions, les sphacèles en bordure, si fréquents chez les petits opérés.

Quant aux greffes dermo-épidermiques (Nové-Josserand), veineuses (Tanton), artérielles, urétérales (Schmieden), de muqueuse vaginale, etc., elles deviennent d'une extrême minutie d'exécution chez les jeunes enfants. La rapidité avec laquelle les sondes s'incrustent dans la vessie de ces malades constitue encore une condition extrêmement défavorable.

Il est logique, raisonnable, de tenter ces autoplasties après avoir dérivé le cours de l'urine, soit par l'épigastre (Ruotte), soit par le périnée (Nové-Josserand). Mais ces procédés me semblent surtout applicables chez l'adulte; fussent-ils bons chez l'enfant, il me paraît pourtant que si l'on pouvait éviter la taille périnéale d'un urètre sain, il y aurait là un sérieux avantage.

Pour ma part, c'est dans l'emploi des procédés autoplastiques à double plan de lambeaux que j'ai continué à chercher la solution du problème, chez les jeunes enfants.

Je pense y être parvenu d'une façon satisfaisante, depuis le mois de février dernier.

Depuis cette époque, j'ai opéré trois hypospadias péniens. Le plus jeune avait son méat juste au milieu de la verge, les deux autres un peu plus en avant.

J'ajouterai que, dans le cas de l'enfant Achille S..., j'étais déjà intervenu précédemment par le procédé ordinaire, et j'avais échoué.

Je vais vous présenter deux de ces malades. Le plus grand, âgé de neuf ans, a été opéré en février. Le plus jeune est celui dont je viens de vous parler. Le troisième opéré, Louis A..., habite la province; je n'ai pas pu le faire venir. Le résultat est identique à celui du premier.

Le procédé que j'ai employé est en somme la transposition de l'opération classique de M. le professeur Segond pour l'exstrophie vésicale, en ce sens que le lambeau doublure est taillé dans les téguments en amont de la perte de substance et rabattu sur le gland, et que le lambeau couverture est fourni par le prépuce perforé.

En arrière du méat hypospade, je vais tailler un lambeau assez long pour pouvoir être rabattu jusqu'à l'extrémité du gland. Je donne à ce lambeau toute la largeur possible. Il est disséqué, d'abord dans toute sa moitié inférieure, puis sur les parties latérales seulement de sa moitié terminale, maintenu en place par un fin catgut passé en bourse dans son bord libre d'une part, à l'extrémité du gland, d'autre part.

Le petit sac ainsi formé, qui prolonge l'urètre en avant, serait complètement clos dans les cas d'hypospadias balanique. Il présente deux lacunes latérales dans le cas d'hypospadias pénien.

Pour placer le lambeau couverture, je dédouble d'abord le prépuce, à partir de 3 millimètres du sillon balano-préputial. La surface cruentée qui en résulte doit être réunie au niveau des angles du tracé, à la surface cruentée de la verge par un évidement très superficiel, pour ne pas intéresser deux artérioles fort utiles à la nutrition du prépuce.

Celui-ci étant ainsi préparé, j'y pratique une incision en Y, à travers de laquelle s'engagera le gland. Le petit lambeau triangulaire compris entre les branches de l'Y vient s'appliquer sur la portion du lambeau, doublure qui va jusqu'à l'extrémité du gland.

Le lambeau préputial vient, sans traction, s'abattre sur la surface cruentée de la face inférieure de la verge. Des serre-fines, laissées seulement vingt-quatre heures en place, assurent les sutures. Quelques heures après, l'enfant urine par son méat, à l'extrémité du gland : il est absolument inutile de placer une sonde à demeure, bien entendu.

Le lambeau inférieur s'œdématie plus ou moins; je ne l'ai pas vu se désunir. Au bout de trois semaines, la guérison de cette opération est complète.

A ce moment, la région présente l'aspect suivant :

Le gland, qui était étalé et aplati, s'est rétréci dans le sens transversal par suite de son passage à travers la boutonnière préputiale. Sa gouttière inférieure, plus ou moins marquée, s'est transformée en une fente sagittale profonde.

Devant cette fente, un tubercule gros et charnu s'élève, jusqu'à l'extrémité du gland; mais il en est séparé par deux fissures latérales.

Une première retouche consiste à aviver ces deux sillons, et à suturer avec un fil de soie le gland au tubercule. Au bout de quinze jours, tout est terminé. Mais le renversement du prépuce produit, de chaque côté du gland, deux oreilles exubérantes, qu'il faut sectionner; c'est l'objet d'une seconde retouche. Avec le temps nécessaire à la réunion de cette résection, c'est donc deux mois qui sont nécessaires pour obtenir la correction de la malformation.

Chez mes deux premiers opérés, l'opération principale et les deux temps complémentaires se sont déroulés identiquement, comme je viens de le dire.

Chez A. S..., je n'ai pu faire aucune retouche, l'enfant ayant contracté la scarlatine pendant sa convalescence, puis ayant été à la campagne.

M. Broca. — Mettez-vous une sonde à demeure ?

M. Ombrédanne. — Non, je l'ai dit. La sonde n'est pas nécessaire.

Rapports.

Sur une série de traumatismes craniens,
par M. le Médecin principal Darde,
médecin chef de l'hôpital de Châlons-sur-Marne.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Un de nos très distingués confrères de l'armée, M. le médecin principale Darde, a adressé cette année à la Société de Chirurgie une série de neuf traumatismes craniens, avec cinq interventions suivies de succès, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Je vous présenterai ces observations en les classant par catégorie. Dans la première, je citerai un cas relatif à un enfoncement du temporal accompagné d'une plaie des téguments. L'indication était nette : la trépanation a donnée d'ailleurs un excellent résultat, et si je vous présente un résumé de cette observation, c'est que le malade a été examiné après sa guérison au point de vue mental, conformément au questionnaire que je vous ai proposé dans une précédente communication.

Enfoncement du temporal droit avec plaie contuse par coup de pied de cheval. Embarrure à la partie antérieure. Trépanation. Guérison.

A... (Lucien), soldat au 25e d'artillerie, fait, le 8 février 1911, une chute de cheval sur le terrain de manœuvres. Application du sabot sur la région temporale. Le soldat reste étendu sans connaissance. A l'infirmerie, où il est immédiatement transporté, on pratique un nettoyage sommaire de la plaie; le blessé revient rapidement à lui et est transporté à l'hôpital.

Une plaie semi-circulaire à concavité postérieure longue de 6 centimètres est située juste au-dessus de l'oreille. Dans la profondeur, on sent nettement qu'une partie de l'écaille du temporal est enfoncée; il existe un ressaut à la partie antérieure. La ponction lombaire donne un liquide rosé. Trépanation immédiate. Asepsie rigoureuse de la plaie cutanée.

On observe en avant la partie de l'écaille du temporal qui recouvre le bord de la partie enfoncée; celle-ci est alors réséquée à la pince.

La dure-mère présente une petite plaie en croissant de 1 cent. 1/2; le cerveau ne présente pas de hernie, mais paraît dilacéré.

Injection de sérum antitétanique : les suites ont été fort simples.

Au moment de son départ en convalescence, le soldat A... présente un état aussi satisfaisant que possible : on n'observe chez lui aucun trouble appréciable. Les facultés cérébrales sont intactes. Pas d'altération de la mémoire; aucun trouble de l'ouïe ni de l'appareil sensitivo-moteur.

La deuxième catégorie comprend deux cas d'hématomes sous-duraux.

J'ai analysé l'un d'eux dans le rapport que je vous ai présenté le 21 décembre 1910 sur les épanchements de sang intra-craniens. Il s'agissait d'un traumatisme cranien par chute de cheval : les signes physiques étaient assez imprécis; la ponction lombaire avait été positive; le blessé se plaignait de céphalalgie; il y avait de la parésie de la face, du ptosis avec dilatation pupillaire, un peu d'embarras de la parole. La persistance de ces signes décida M. Darde à intervenir; il découvrit une fissure du pariétal droit et un hématome sous-dural.

Voici le deuxième cas que M. Darde nous a adressé après le rapport de M. Baudet.

Enfoncement léger du frontal avec plaie par coup de pied de cheval. Trépanation. Hématome extra-dural. Guérison.

S... (Pierre), vingt-trois ans, cavalier au 15e chasseurs, est renversé le 6 mars par son cheval : il a un pied retenu à l'étrier : traîné pendant quelques pas, il reçoit un coup de pied de cheval à la partie supérieure du front, un peu à gauche de la ligne médiane. Il est envoyé d'urgence à l'hôpital de Châlons.

La plaie, de 3 centimètres d'étendue, permet de constater une fissure

oblique de haut en bas et de dedans en dehors avec très léger enfoncement du bord supérieur.

Le blessé n'a pas perdu connaissance. Aucun trouble intellectuel, pas d'amnésie, pas de troubles de la motricité ni de la sensibilité, sauf une céphalée très supportable localisée à la région traumatisée. Pouls à 60. Une ponction lombaire donne un *liquide absolument clair*. La plaie est désinfectée et recouverte d'un pansement aseptique. Injection antitétanique de 10 centimètres cubes. Le lendemain matin, le pouls est à 48, mais le blessé ne se plaint que d'une légère douleur de tête. En raison de l'enfoncement léger mais manifeste du rebord supérieur de la fissure, on applique une petite couronne de trépan. On constate un *hématome extra-dure-mérien.*

On agrandit l'ouverture du crâne à la pince-gouge, on enlève une petite esquille de la table interne enfoncée légèrement, et le caillot, qui avait à peu près la dimension d'une pièce de 5 francs avec une épaisseur maxima de 5 millimètres à son centre. On constate l'intégrité de la dure-mère. On suture la plaie après avoir laissé une mèche de gaze aseptique au contact de la dure-mère. La plaie se réunit immédiatement et n'exige plus de pansement au bout de douze jours. Le pouls, resté aux environs de 50 pendant les premiers jours, est redevenu normal.

La guérison de ce blessé paraît parfaite; il a quitté l'hôpital par congé de convalescence.

Dans ce cas, la ponction lombaire avait été négative. Notre confrère intervient cependant, en raison de l'enfoncement, et nous ne pouvons qu'approuver sa conduite : la trépanation, d'ailleurs, met à découvert un hématome extra-dure-mérien que la ponction lombaire ne pouvait déceler.

Dans un autre cas (4e), M. Darde a pratiqué systématiquement l'exploration du squelette au niveau d'une bosse sanguine, en utilisant le lambeau cutané que j'avais préconisé dans ma communication de 1907. Cette exploration l'a conduit sur une fracture étoilée du pariétal droit.

Voici l'observation :

Obs. IV. — *Fracture étoilée du pariétal droit à la partie postérieure. Trépanation. Guérison.*

Th..., vingt et un ans, brigadier au 32e d'artillerie, montant un cheval qui s'est renversé en arrière, tombe sur la tête le 6 juin 1910, à 6 heures du matin.

Perte de connaissance pendant une heure. Plusieurs vomissements jusqu'à onze du matin. Est envoyé d'urgence à l'hôpital de Fontainebleau. Le blessé répond bien aux questions, mais ne se rappelle ni les circonstances ni le lieu de l'accident. Il se plaint de céphalalgie avec facies plus douloureux en arrière et à droite, où l'on constate une bosse sanguine, sans lésion extérieure du cuir chevelu. Pas de troubles de la motilité et de la sensibilité. Aucun trouble sensoriel. Une ponction lombaire amène 25 grammes de liquide rosé. On peut donc admettre la

possibilité d'une fracture du pariétal au niveau de la bosse sanguine.

Une intervention est pratiquée le 8 juin. Un lambeau circonscrivant la bosse sanguine est rabattu et permet de constater une fracture étoilée du pariétal, à 3 branches. La supérieure s'incline un peu en dehors, l'inférieure descend verticalement. La troisième fissure, perpendiculaire aux deux autres, se porte en dedans et un peu en avant, dépassant la ligne médiane de 2 centimètres; pas d'enfoncement.

Une petite couronne de trépan est appliquée au centre de l'étoile. Le cerveau et ses enveloppes ne paraissent pas intéressés.

Dans le but de rechercher un hématome possible, les bords de la fissure verticale, qui paraît la plus importante, sont réséqués à la pince-gouge, très peu en haut, un peu plus en bas (2 centimètres). On ne constate aucun épanchement sanguin. Le lambeau est relevé et suturé sans drainage. Dès le soir, la céphalalgie a beaucoup diminué. Le blessé demande à manger. Au sixième jour, les fils sont enlevés ; la réunion est parfaite. Depuis deux jours, le brigadier Th... se lève et circule dans l'hôpital. Il sort le 30 juin avec un congé de convalescence de trois mois ; à sa rentrée, il déclare avoir une santé parfaite et n'avoir pas souffert un seul jour pendant sa convalescence. Il reprend son service et est nommé sous-officier.

Voilà maintenant un traumatisme cranien ancien, ayant donné lieu à des crises tardives d'épilepsie, et dans lequel M. Darde est intervenu avec succès.

Fracture probable du crâne, suite de chute de cheval sur la tête. Crise d'épilepsie tardive survenue six mois après. Trépanation. Guérison.

D..., canonnier, conducteur au 32e d'artillerie, vingt et un ans, fait le 14 octobre 1908 une chute de cheval sur la tête, dont la partie antérieure droite porte sur le sol du manège. Il se relève presque aussitôt, se plaignant d'une forte douleur de tête du côté droit, puis perd connaissance pendant une heure et demie. Il est transporté d'urgence à l'hôpital de Fontainebleau.

A son arrivée, le blessé a repris toute sa connaissance ; il paraît hébété et ne se rappelle pas les circonstances de l'accident. Il se plaint de lourdeur de tête marquée surtout à droite ; il ne peut s'asseoir sur son lit sans être aidé. La céphalée augmente quand il se penche en avant; elle devient très vive quand il se couche sur le côté droit. Aucune lésion apparente sur le crâne. Pas d'hémorragie par l'oreille ni par le nez. Pupilles normales. Temp., 37 degrés; pouls, 72. Glace sur la tête.

Le 16 octobre, on constate un léger gonflement au niveau de la bosse frontale droite ; la peau est un peu plus vascularisée qu'à gauche. Pas d'ecchymose véritable. La céphalée persiste à droite et le pouls, descendu à 60 le matin, n'est plus qu'à 56 le soir.

La température reste normale ; la ponction lombaire donne un liquide légèrement rosé. Les jours suivants, la céphalée diminue et s'accuse de moins en moins quand le blessé baisse la tête. Il peut bientôt se coucher sur le côté droit. Les troubles vaso-moteurs

s'atténuent au niveau de la bosse frontale pour disparaître presque complètement le 23 octobre. L'amélioration est bientôt telle que le blessé part le 6 novembre en congé de convalescence de deux mois.

Rentré à son corps le 5 janvier 1909, D... raconte que, pendant un mois et demi environ après sa sortie de l'hôpital, il éprouvait de la faiblesse dans les membres et marchait difficilement. En se baissant, il sentait parfois sa tête vaciller et sa vue se troubler.

Ces phénomènes disparaissaient assez vite, laissant parfois à leur suite un peu de lourdeur de tête. Depuis le 20 décembre, tous ces troubles ont à peu près disparu.

Le 22 février, six semaines après son retour au corps et quatre mois après la chute, D..., en faisant des assouplissements (flexion et extension de la tête), est pris d'une crise épileptiforme généralisée qui dure environ vingt minutes. Le médecin du corps, appelé aussitôt, trouve tout le tronc raidi et les quatre membres contracturés. Les yeux sont convulsés en haut. Il le fait transporter d'urgence à l'hôpital, où il est tenu en observation. D... se plaint d'éprouver de temps en temps des douleurs vagues dans la tête. Pas de douleur localisée provoquée par la pression en un point quelconque. Pas de point hystérogène. Pas de troubles de la sensibilité. Il paraît seulement un peu triste et préoccupé.

Une radiographie faite sur la partie antérieure du crâne ne fournit aucun renseignement. Au cours de la séance, la tête inclinée sur le côté droit, on remarque au niveau de la bosse frontale droite une teinte rosée de la peau avec léger gonflement. Ces troubles vaso-moteurs disparaissent rapidement quand D... se remet debout. Nous rappellerons que des troubles vaso-moteurs analogues, mais plus accusés, s'étaient produits au niveau de cette bosse frontale, deux jours après l'accident, et qu'ils avaient persisté plusieurs jours.

En présence des symptômes accusés par le malade et du résultat fourni par la ponction lombaire, M. Darde admet l'existence possible d'une fissure compliquée peut-être d'un enfoncement de la table interne et propose une intervention qui est acceptée.

Le 14 mars, M. Darde rabat un lambeau qui montre la surface du crâne très nette au niveau de la bosse frontale droite. Malgré l'absence de toute trace de fissure, une couronne de trépan est appliquée. On ne constate aucune fracture de la table interne.

La dure-mère et le cerveau ne présentent aucune trace de lésion ancienne. Le lambeau est donc réappliqué et suturé sans drainage. Guérison complète en huit jours.

Le 27 mars, D... part en congé de convalescence de trois mois; à son retour, l'état du malade est satisfaisant. Celui-ci éprouve parfois un peu de douleur de tête en se baissant. Il ne s'est pas reproduit de nouvelle crise d'épilepsie. Il est exempté de cheval et employé comme planton.

Revu plusieurs fois jusqu'à la fin de son service militaire, en septembre 1910, il déclare ne plus ressentir aucun malaise.

Voilà donc un malade chez lequel les accidents immédiats ont été légers.

Pendant un mois environ après sa sortie de l'hôpital, il éprouve de la faiblesse dans les membres et marche difficilement, mais ces symptômes disparaissent vite. Une crise d'épilepsie apparaît quatre mois après la chute. La radiographie reste négative et l'intervention ne conduit sur aucune lésion du crâne ni de la dure-mère.

L'observation de M. Darde soulève plusieurs questions importantes.

L'intervention n'a décelé aucune fracture, et cependant il a existé un épanchement intra-dure-mérien, ainsi qu'en témoigne le résultat positif de la ponction lombaire.

J'ai rapporté dans mon récent rapport des cas d'hématomes intracraniens sans fracture; c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister ; il nous montre, en effet, l'utilité d'étendre les indications opératoires aux cas où il n'existe aucun signe local et d'intervenir même en l'absence des grands signes fonctionnels longtemps considérés comme indispensables.

Il est probable, toutefois, que dans le cas de M. Darde cet épanchement était peu abondant. Qu'est-il devenu ? C'est un point sur lequel nous reviendrons dans un instant.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt principal de cette observation concerne la nature même de l'épilepsie.

Celle-ci était-elle réellement traumatique et le malade a-t-il ou non présenté des crises antérieures? Cette hypothèse est peu probable, car il s'agit d'un militaire, et que les crises d'épilepsie sont dans l'armée l'objet d'une observation toute spéciale.

M. Darde n'ayant constaté, d'autre part, aucune lésion au cours de son intervention, l'on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas d'une simple prédisposition héréditaire due à une hérédité nerveuse plus ou moins chargée et qui se serait réveillée par le traumatisme.

Je crois, pour ma part, que le rôle accordé à cette prédisposition a été très exagéré. Celle-ci se heurte, en effet, aujourd'hui aux données de l'anatomie pathologique. Des lésions peuvent exister, parfois très étendues et en dehors des ressources de la chirurgie, mais elles peuvent aussi être localisées ou circonscrites, et, dans ce cas, elles peuvent ne pas être reconnues au cours de l'intervention ou être insuffisamment supprimées. Aussi, une bonne technique est-elle indispensable et l'on ne saurait trop se rappeler les indications que notre éminent collègue, M. Lucas-Championnière, a signalées dans sa communication à l'Académie de médecine en 1900.

Or, M. Darde me permettra bien de lui dire franchement que sa technique a été insuffisante. Il est, en effet, impossible, dans le plus grand nombre des cas, de mettre des lésions à jour à l'aide de petites couronnes de trépan, et celles-ci doivent être absolument abandonnées. M. Lucas-Championnière en a bien précisé les raisons.

De plus, il est une règle que l'on peut considérer aujourd'hui comme classique.

Quand on ne trouve de lésions ni du côté de l'os ni dans l'espace sous-dural, il faut résolument ouvrir la dure-mère. Peut-être M. Darde eût-il trouvé dans un reliquat de l'épanchement primitif intradural, non complètement résorbé, la vraie cause de l'épilepsie et le moyen de la guérir définitivement.

M. Darde a bien suivi son malade pendant toute la durée de son service. Aucune crise d'épilepsie ne s'est manifestée. Mais notre confrère reconnaîtra bien que ce délai est trop court pour qu'on puisse affirmer une guérison définitive. J'ai appris ces jours-ci qu'un de mes opérés qui était resté deux ans et demi sans crises, avait été repris ces jours-ci. Il serait donc intéressant que le malade nous soit représenté après cinq années.

M. le Dr Darde nous donne ensuite la relation de quatre traumatismes craniens de gravité variable, et qui ont guéri sans intervention.

Voici la première de ces observations :

Fracture de la base du crâne avec commotion cérébrale grave par suite de chute de cheval. Guérison.

B..., dix-neuf ans, engagé volontaire au 7e dragons, est désarçonné par son cheval le 29 mai 1909 et projeté la tête en avant contre le mur du manège. Il reste étendu à terre sans connaissance et est transporté d'urgence à l'hôpital de Fontainebleau. Vomissement pendant le trajet. A son arrivée à l'hôpital, B... est complètement dans le coma. On constate une hémorragie abondante par l'oreille droite et par le nez. Le cuir chevelu ne présente ni plaie, ni bosse sanguine. Ecchymose avec gonflement assez prononcé de la paupière inférieure droite. Pupilles dilatées surtout à droite. Les membres sont dans la résolution. La sensibilité générale est abolie. Le chatouillement et le pincement ne déterminent aucun réflexe. Une ponction lombaire ne donne que quelques gouttes de sang pur. On pratique des lavages du nez et des oreilles à l'eau oxygénée étendue, tamponnement à la gaze aseptique. Glace sur la tête.

Dans l'après-midi, il se produit encore deux vomissements bilieux et alimentaires, il y a incontinence des matières fécales et de l'urine. Le blessé commence à se remuer, puis devient très agité. Il brise sa vessie de glace et cherche à se jeter au bas de son lit. On doit le surveiller constamment. La position préférée dans les moments de calme est le décubitus sur le côté gauche en chien de fusil. Il gémit dès qu'on

veut le déplacer pour l'examiner et cherche à reprendre sa position.

L'œil droit est complètement fermé par le gonflement des paupières, surtout de l'inférieure. La pupille droite est fortement dilatée et insensible à la lumière. La pupille gauche est également dilatée et se contracte un peu à la lumière. Le blessé ne paraît avoir aucune conscience et ne fait aucun des mouvements qui lui sont demandés. Le pincement des membres détermine de légers mouvements à gauche; du côté droit, les mouvements sont à peine ébauchés et lents à se produire après le pincement. Température normale. Pouls à 66.

D'après les symptômes présentés, il n'est pas douteux qu'il existe une fracture de la base du crâne s'étendant jusqu'à l'étage antérieur, accompagnée d'une commotion cérébrale grave.

Pendant les trois jours qui suivent, la conscience reste abolie, l'agitation se reproduit fréquemment, mais les vomissements cessent. L'incontinence persiste. L'œil droit est très gonflé avec coloration violacée de la paupière inférieure. Toute hémorragie par le nez et l'oreille a disparu. Température normale. Le pouls moins fréquent oscille de 54 à 60. Une nouvelle ponction lombaire ne donne aucun résultat. La conscience reparaît, très atténuée; la faculté d'attention est plus longue à se manifester. Au début, elle est de très courte durée. La préhension est beaucoup plus faible et tardive à droite qu'à gauche.

A partir du 2 juin, l'état du blessé s'améliore rapidement. Il répond mieux aux questions. L'amnésie est assez accusée, il ne peut donner le nom de son pays d'origine ni les prénoms de ses frères et sœurs. Il y a également de l'amnésie de fixation : il oublie le soir qu'il a vu le matin sa famille; il croit qu'on veut le tromper en le lui affirmant.

La dilatation de la pupille droite diminue et la réaction à la lumière revient, mais la vision de cet œil est très diminuée, malgré l'absence de toute lésion ophtalmoscopique. La vision de l'œil gauche est à présent normale. La paupière inférieure droite reste toujours gonflée. Il y a anosmie complète mais conservation du goût. Les mouvements des membres droits redeviennent plus actifs et plus forts. Les réflexes ne subissent plus le même retard. Tous les troubles disparaissent progressivement; lors de sa sortie de l'hôpital par convalescence le 25 juillet, la guérison paraît à peu près complète.

La vigueur physique est revenue. Pas de céphalalgie ni de vertiges. L'anosmie persiste ainsi qu'un léger gonflement de la paupière inférieure droite, dont la teinte est plus foncée. B... prétend que son attention se fatigue vite. Les troubles d'amnésie ont disparu; mais il reste un certain degré d'amnésie de fixation.

Au retour de sa convalescence, B... se plaint de troubles du côté de l'œil droit. L'examen ophtalmoscopique ne décèle rien d'anormal. Il prétend que sa démarche est moins assurée qu'autrefois par la faiblesse de la jambe droite, et qu'il hésite à sortir seul. Il n'y a pourtant pas d'atrophie appréciable du membre, ni de troubles de la sensibilité. L'amnésie de fixation persiste ainsi que la faculté d'attention. Tout travail intellectuel reste impossible et il n'a pu reprendre son service.

Des renseignements reçus de chez lui, il résulterait que B... paraît

bien portant, mais qu'il ne s'est pas remis au travail. L'avenir semble le laisser indifférent, malgré son peu de ressources.

Il est très probable que chez ce malade l'étage antérieur a été le siège d'une fracture.

Une radiographie eût pu nous en déceler les traces. En tout cas, il existe à l'heure actuelle des troubles intellectuels, et l'on est en droit de se demander si l'intervention n'eût pas été dès le début indiquée.

Voici maintenant trois observations où les troubles intellectuels se sont produits aussitôt l'accident, mais n'ont pas persisté.

Je vous demande la permission de les lire devant vous.

Obs. III. — *Fracture du rocher gauche à la suite d'une chute de cheval.*

X..., officier de cavalerie, quarante-deux ans, faisant une promenade à cheval dans la forêt de Fontainebleau, le 8 février 1908, est désarçonné par un brusque écart de son cheval et tombe sur la tête. Il perd immédiatement connaissance et il est ramené en voiture à son domicile. Vomissement alimentaire pendant le trajet.

Le médecin du régiment constate une hémorragie abondante par l'oreille gauche. Au bout d'une heure, le blessé a repris connaissance, mais n'a conservé aucun souvenir des circonstances de l'accident. Il est très étonné de se retrouver couché dans son lit. Il se plaint d'une forte céphalalgie et présente une excitation assez vive. L'exploration du crâne ne fait constater aucune trace de plaie ni d'ecchymose; il y a cependant un point plus sensible à la pression en arrière de la mastoïde gauche. Pas de paralysie du côté de la face ou des membres. La sensibilité générale est bien conservée. Température, 37 degrés; pouls, 72.

Traitement : irrigations auriculaires et nasales avec de l'eau oxygénée étendue; application de glace sur la tête. Dans la soirée, l'hémorragie auriculaire s'est arrêtée, mais elle est suivie d'un écoulement séreux très abondant par l'oreille. Pas de modification du pouls ni de la température; céphalée toujours vive; légère excitation; le blessé veut se lever, se débarrasser de sa glace et tient peu compte des recommandations faites. Il vomit encore quelques glaires avec un peu de bile. Le 9 et le 10 février, état stationnaire avec diminution, puis disparition de l'écoulement séreux par l'oreille. Un vomissement bilieux s'est encore produit dans la journée du 9. La céphalalgie et l'agitation persistent. Il y a de la constipation, qui est combattue par l'administration du calomel. Le 11 février, l'état du blessé paraît moins satisfaisant. Céphalée toujours vive, agitation, légère ascension thermique, 37°6, avec diminution des pulsations, 66. La lucidité de l'officier est complète. Le 12 février, je suis appelé près du blessé, qui se plaint de céphalalgie vive et est toujours assez agité. Je constate à la région mastoïdienne gauche une ecchymose bleuâtre apparue seulement aujourd'hui, sans gonflement appréciable à ce niveau. Pas de point nettement douloureux à la pression. Le blessé répond bien à toutes les questions, mais il a conservé de l'amnésie rétrograde. Pas de paralysie motrice.

Pas d'inégalité pupillaire. La sensibilité générale est intacte, mais il existe une anosmie très marquée. Il se produit une ascension progressive de la température, qui arrive à 38°8, un ralentissement du pouls, 56.

Le 13 au matin, M. Picqué est appelé à voir le malade. La céphalée est toujours vive. Température, 37°9; pouls, 56. En présence des symptômes passés et actuels, il admet le diagnostic de fracture du rocher, mais rejette l'idée d'une intervention immédiate. Il conseille une nouvelle ponction lombaire qui fournit 30 grammes d'un liquide franchement rosé et forme un dépôt sanglant très net.

Le lendemain 14, la céphalalgie a notablement diminué, mais le blessé est toujours agité et de caractère difficile. Les lavages du nez, de la gorge et des oreilles sont continués. Les jours suivants, l'amélioration s'accentue. L'alimentation est commencée; les aliments et les boissons sont insipides. L'agitation du blessé diminue, mais son caractère reste très difficile avec les siens et avec son médecin. Le 18 février, il est assis sur son lit, lisant avec une attention soutenue. Devant sa femme, qui a montré un dévouement admirable, il déclare qu'il étudie le Code pour divorcer. Ce trouble des sentiments affectifs impressionne vivement son entourage, mais disparaît au bout de quelque temps. Cet officier, pendant son congé de convalescence, écrit une lettre où il demande d'oublier toutes les sottises qu'il avait faites ou dites; il s'en étonne d'ailleurs depuis qu'il est tout à fait rétabli.

Il a repris son service, monte à cheval sans inconvénient et, depuis l'accident, a fait deux fois les grandes manœuvres. Il lui reste un peu d'amnésie : quand on lui cite le nom d'un cheval de son escadron, il prétend parfois qu'il n'a pas de cheval de ce nom et ne se rend à l'évidence qu'en consultant le contrôle de ses chevaux.

Le goût est revenu, mais l'odorat reste très imparfait.

Obs. V. — *Plaie contuse de la tête avec commotion cérébrale légère par chute de cheval. Excitation.*

L..., vingt-huit ans, vétérinaire militaire, se promenait à cheval, le 17 mai 1910, quand son cheval pointe en l'air et se renverse en arrière.

Dans sa chute, la tête de l'officier va porter contre le rebord du trottoir. Perte de connaissance de courte durée (dix minutes), après laquelle L... est très excité et parle avec volubilité et incohérence. Il y a ivresse apparente, mais L... est très sobre. On le transporte aussitôt à l'hôpital, où il présente encore un peu d'excitation ; toutefois, ses idées sont redevenues nettes et sensées. M. Darde constate une plaie contuse du cuir chevelu de 7 centimètres de longueur occupant la région frontopariétale gauche. Après un nettoyage soigné de la plaie, il trouve une légère dénudation périostique de l'os sans fissure. Les bords de la plaie sont rapprochés. Pansement aseptique. La ponction lombaire donne un liquide absolument limpide. Injection antitétanique de 20 centimètres cubes.

Dans la soirée, l'excitation a complètement disparu; l'officier peut donner des ordres de service, mais il a perdu complètement le souvenir

des événements qui se sont passés depuis la chute, ainsi que des personnes avec lesquelles il s'est entretenu après l'accident. La guérison a lieu normalement; le blessé quitte l'hôpital au bout de huit jours, paraissant très bien rétabli. Un certain degré d'amnésie persiste néanmoins; il ne retrouve pas facilement les noms propres, surtout le nom des chevaux, qu'il connaît bien.

Obs. VI. — *Commotion cérébrale très légère, suite de chute de cheval. Amnésie antérograde passagère.*

L..., vingt-trois ans, sous-lieutenant-élève à l'École d'application, tombe de cheval le 20 juillet 1909, pendant un exercice à l'intérieur. Il perd connaissance pendant quelques minutes et, quand il revient à lui, veut remonter à cheval. On s'y oppose parce qu'il paraît un peu excité.

Il se laisse conduire à l'hôpital après quelque hésitation.

On reconnaît quelques érosions superficielles de la face. Injection antitétanique. L'excitation persiste : cet officier parle avec volubilité; il a perdu le souvenir des circonstances de l'accident. Il a oublié le nom du cheval qu'il montait et ne peut dire le nom de l'officier qui l'accompagne et qu'il connaît pourtant très bien. Il demande à diverses reprises où il est et pourquoi on l'a amené à l'hôpital.

Il réitère les mêmes demandes pendant trente-six heures. En dehors de ce trouble de la mémoire, cet officier parle très bien et ses idées sont très nettes. Trois jours après, il quittait l'infirmerie en excellent état et il reprenait ses travaux physiques et intellectuels. A depuis passé brillamment ses examens de sortie.

De ces trois malades, le premier ne présentait aucun signe physique au niveau du crâne; le deuxième avait quelques érosions superficielles de la face; seul le troisième présentait une plaie contuse de 7 centimètres.

Certes, la radiographie eût pu encore nous fournir peut-être des renseignements complémentaires utiles. Déjà pour les traumatismes anciens du crâne, Schuller, en 1908, puis Souques, dans son rapport au Congrès de médecine, et moi-même, dans une récente communication à l'Académie de médecine, avons insisté sur les avantages que la radiographie peut présenter; il en est de même pour les cas récents.

Les faits que j'ai signalés plus haut de lésions intra-craniennes graves sans fractures, montrent d'ailleurs qu'il ne faut pas trop s'attarder à la recherche de signes physiques.

Or, à défaut de signe local, la chirurgie exigeait au moins jusqu'ici un signe fonctionnel indiscutable. A l'heure actuelle, la pratique des opérations démontre que le cadre des vieilles formes classiques est devenu trop étroit. A l'aide des éléments nouveaux que l'intervention nous apporte chaque jour, il convient de refaire complètement l'histoire clinique des traumatismes craniens, de

procéder à un inventaire nouveau des symptômes; d'en fixer exactement les caractères et de reconstituer parmi eux une hiérarchie nouvelle.

Ce travail de revision clinique contrôlée par les constatations opératoires permettra, je l'espère, de donner une signification vraie à des symptômes spéciaux (agitation et troubles psychiques divers) que l'on peut observer dès le traumatisme comme chez les malades de M. Darde et dans beaucoup d'autres cas, mais dont la valeur est encore très contestée.

Et c'est ainsi que la clinique, reconstituée sur des bases nouvelles et appuyée désormais sur une technique rationnelle et sûre dans ses résultats, pourra nous conduire vers de nouvelles indications opératoires et tout spécialement vers la prophylaxie des accidents tardifs.

Messieurs, je vous prie de remercier M. Darde de ses intéressantes observations et de déposer son travail dans nos Archives.

— Les conclusions du rapport de M. Picqué, mises aux voix, sont adoptées.

Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires, par M. le Dr Le Jemtel, chirurgien à Alençon.

Rapport de M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation qui vous a été adressée par M. Le Jemtel, chirurgien à Alençon, et ayant pour titre : *Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires.* Il a pratiqué la cholédocotomie et a guéri sa malade.

J'y joindrai une seconde observation dans laquelle j'ai fait moi aussi l'ouverture du cholédoque et de l'hépatique, mais où j'ai été moins heureux, car j'ai vu mourir mon malade d'hémorragie foudroyante, vingt jours après l'opération.

Voici, du reste, le résumé de ces deux observations :

Kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. Cholédocotomie et drainage. Guérison, par M. le Jemtel (d'Alençon).

Mme L..., vingt-sept ans, a été bien portante jusqu'il y a deux ans. A la suite d'une grippe, elle fut soignée à Paris pour des complications rénales de cette infection et elle essaya, mais en vain, de diriger la maison de commerce qu'elle exploitait avec son mari. Elle prit donc le parti de venir se reposer à la campagne tout le temps que durerait sa convalescence.

Après plusieurs mois de séjour, le 20 août 1908, elle fut prise brus-

quement d'un frisson violent et demanda le médecin du canton voisin, le Dr Patry. Celui-ci vint immédiatement; il enregistra une température de 38°5 et un pouls à 90. La langue était saburrale, les selles un peu diarrhéiques, le facies fatigué, et comme on venait récemment de creuser un puits auprès de la maison, il pensa que la malade commençait un état dothiénentérique. La diazo-réaction d'Erlich fut négative; du reste, les symptômes ne gardèrent pas longtemps l'allure du début. La malade localisa bientôt ses douleurs et se plaignit de l'hypocondre droit, en même temps qu'apparaissait une toux sèche et quinteuse.

La percussion donnait un peu de matité à la base droite et bientôt, au même niveau, apparaissait un souffle que le médecin observa pendant cinq semaines. La fièvre oscillait autour de 38 degrés; l'état général ne s'améliorait guère, et le médecin, mettant en cause la plèvre diaphragmatique, commençait à trouver longue l'évolution de ces différents symptômes.

Le 22 octobre, la malade accusa une vive douleur à droite en même temps que l'ictère apparut. La vésicule était grosse, — alors qu'on ne l'avait jamais sentie auparavant, — et c'est alors que je fus demandé. Je vis la malade seulement deux jours après, le 24 octobre ; la température atteignait 39 degrés. L'ictère était peu intense. La malade se plaignait surtout de plusieurs frissons qu'elle avait eus dans la matinée et dont elle redoutait la réapparition. Les matières étaient décolorées, le foie douloureux, débordant légèrement les fausses côtes, la vésicule perçue grosse et douloureuse.

L'examen du poumon ne révélait aucun foyer. Les urines contenaient un peu d'albumine. Le tableau, était en somme, celui d'une angiocholite aiguë et je conseillai vivement le transport de la malade à Alençon pour qu'elle puisse subir l'intervention. Elle y arriva le lendemain soir 27 octobre.

La température était à 38 degrés ; les phénomènes généraux s'étaient améliorés et la malade se trouvait un peu mieux.

L'ictère cependant persistait et même augmentait, et comme la vésicule était toujours grosse et douloureuse, j'intervins le surlendemain matin.

Opération. — Le 29 octobre, en présence des Drs Demirleau et Patry.

Un coussin de sable est placé sous le dos de la malade à la base du thorax. Incision de Kehr. Le fond de la vésicule est repéré, mais il existe des adhérences nombreuses avec le duodénum et le côlon. On essaie en vain de décoller et d'exposer convenablement la face inférieure du foie. Les tractions exercées pour cette mobilisation restent infructueuses et, après quelques efforts, je me résigne à pratiquer une cholécystostomie. L'opération est rapidement terminée et un tube avec siphon est installé pour l'écoulement de la bile. Cette dernière s'écoule noirâtre, gluante, pendant les trois jours qui suivent : les phénomènes semblent s'atténuer, et la température revenir à la normale; puis, brusquement, le 1er novembre, l'écoulement s'arrête, la température est à 38°7, et, le soir, à 39°2. L'ictère réapparaît beaucoup plus foncé. Le

lendemain matin, la température atteint 40 degrés, le pouls 120, et les phénomènes persistent ainsi plusieurs jours avec ictère très intense et arrêt de l'écoulement biliaire. Les 7, 8, 9 novembre, 38 degrés le matin, 39 degrés le soir, sans diminution de l'ictère.

Le 10 novembre, deuxième opération avec l'aide des D[rs] Levassort et Patry. L'incision ancienne est rouverte et le péritoine une fois sectionné, je suis heureusement surpris de constater un abord plus facile de la face inférieure du foie. Les adhérences sont plus lâches; la mobilisation de l'organe se fait beaucoup mieux et j'aperçois facilement le cholédoque dilaté et gros comme le petit doigt environ. Hépatico-cholédocotomie et introduction aussi haut que possible d'un drain de Kehr après avoir exploré le conduit avec l'explorateur métallique à bout olivaire.

Je termine ensuite par une cholécystectomie complémentaire et je fixe l'épiploon au péritoine pariétal de la région. Le soir, la température tombait à 37°5, le lendemain matin, à 37°2. Les jours suivants, le mieux continuait en même temps que l'écoulement de la bile se faisait et que l'ictère disparaissait progressivement.

Le 21 novembre, chute du drain, que l'on remplace par une mèche; arrêt de l'écoulement biliaire. La température remonte à 38°5 et oscille autour de 38 degrés les jours suivants. L'ictère fait une légère apparition. L'écoulement est presque nul.

Tous les jours suivants, j'introduis profondément, au moment du pansement, une grosse sonde urétrale, et je fais de l'aspiration avec la seringue de Guyon, je ne recueille que très peu de bile.

Le 1[er] décembre, écoulement brusque et considérable de fausses membranes, flétries, gélatiniformes, du pus et de la bile atteignant le volume d'une cuvette.

Les mêmes fausses membranes avec le même mélange s'écoulent en quantité aussi abondante pendant une huitaine de jours jusqu'au 8 décembre. Puis elles diminuent peu à peu, la bile s'écoule bientôt seule, enfin la fistule biliaire se rétrécit et se ferme au début de janvier. La malade sort guérie le 15 janvier 1909.

Telle est l'observation de M. Le Jemtel; voici maintenant la mienne :

Kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. — Angiocholite. — Cholécystectomie et drainage de l'hépatique. — Hémorragie mortelle trois semaines après l'opération.

M. B..., âgé de trente et un ans, a dans ses antécédents, à l'âge de quinze ans, une fièvre typhoïde, à l'âge de vingt-deux ans, une poussée de tuberculose pulmonaire du sommet droit, au niveau duquel persiste encore une légère submatité et une diminution du murmure vésiculaire. Il vient me consulter le 25 février 1908; présente de l'ictère avec décoloration des matières, ictère apparu au début de ce même mois, et qui s'est accentué depuis ce moment, sans rémission. L'indolence, le volume normal du foie et de la vésicule biliaire permettent de penser à un ictère catarrhal prolongé, et je conseille au malade de

continuer le traitement médical (régime lacté, calomel, lavements froids, etc.).

Huit jours après, le malade revient à l'hôpital, croyant à la guérison, car, l'avant-veille, il a eu une selle très abondante, noirâtre, véritable débâcle de bile.

L'ictère s'est légèrement atténué, le malade est moins fatigué, il se sent de l'appétit, et le pronostic semble en effet favorable.

Cette amélioration est de courte durée, car, le 10 mars 1908, le malade revient très abattu à l'hôpital : l'ictère est plus foncé, la décoloration des matières absolue; de plus, le malade ressent quelques douleurs dans la région hépatique, et accuse une douleur assez vive à la palpation de la région vésiculaire.

A dater de ce moment jusqu'à l'opération, l'ictère persiste avec décoloration des matières, sauf que, le 12 mars, il y a une nouvelle débâcle de selles noirâtres. Mais les douleurs se précisent dans l'hypocondre droit, et, le 15 mars, le malade a une petite crise de colique hépatique. Je lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Le 20 mars, nous sommes témoins d'une crise extrêmement douloureuse, presque syncopale. La température est à 38°, 38°3 depuis l'entrée à l'hôpital; la courbe thermique s'élèvera, du reste, les jours suivants, en même temps qu'apparaîtront de véritables accès de fièvre bilio-septique avec les phases de frisson, chaleur, sueur.

Cette fièvre, ces douleurs avec crises, s'ajoutant à l'ictère continu avec décoloration des matières, commandent l'intervention, qui se pratique le 26 mars 1908.

Incision en baïonnette. Le foie est un peu gros, mais non bosselé et ne donne aucune sensation spéciale. La vésicule est légèrement augmentée de volume, à parois un peu épaissies et contient de la bile de couleur sale, boueuse. L'incision de la vésicule est continuée sur le cystique jusqu'au cholédoque. Le cholédoque et l'hépatique sont de dimension et de consistance, pour ainsi dire, normales. De l'hépatique s'écoule de la bile mélangée de pus; on recueille une petite membrane grisâtre de la grosseur d'un grain de millet, et qui pourrait être une vésicule vidée.

Le cholédoque et l'hépatique sont perméables et leur exploration ne dénote rien de particulier. Ablation de la vésicule et drainage de l'hépatique.

La réponse du laboratoire, relativement au lambeau recueilli pendant l'opération, étant qu'il s'agit de muco-pus, l'hypothèse de kyste hydatique vidé dans les voies biliaire est momentanément abandonnée.

Dès le lendemain de l'opération, la température tombe à la normale et reste telle durant six jours; l'écoulement de bile à l'extérieur se fait régulièrement, et le malade est très amélioré. Le sixième jour, l'écoulement de la bile cesse brusquement. On pratique l'aspiration, qui ne donne aucun résultat, puis une injection de sérum, dans le drain, qui provoque un écoulement biliaire, et donne issue à une vésicule à contenu trouble et de la grosseur d'un petit pois. A partir de ce moment, on arrive à des phases de rétention suivies de débâcles de bile et d'hy-

datides, certaines à contenu clair, d'autres à contenu louche, la plupart vidées et flétries, de toutes dimensions jusqu'à la grosseur d'un œuf; à l'occasion d'un pansement, il nous est même arrivé d'aider à l'expulsion d'une membrane de très grande dimension. Chaque crise de rétention est accompagnée de fièvre et de frissons; le malade s'affaiblit.

Vingt jours après l'opération, le malade fait une petite hémorragie par la plaie et, dans la nuit, il succombe à une hémorragie foudroyante.

L'autopsie ne peut être pratiquée.

Les deux cas que je viens de vous exposer sont superposables à celui de M. Duval qui a fait ici l'objet d'un rapport en l'année 1906.

Le diagnostic véritable n'a pu être fait et celui d'un ictère par rétention avec calcul probable du cholédoque et angiocholite a été posé, comme il le sera encore dans maintes circonstances.

Rien ne pouvait, en effet, permettre de penser à l'existence d'un kyste hydatique rompu dans les voies biliaires, ni l'existence d'une tumeur ni les symptômes observés dans la rupture, brusquerie au début, intensité précoce, rapidité spéciale de l'évolution, que Quénu nous donne, dans son rapport, comme spéciaux à cette complication.

A l'intervention, on n'a pas trouvé les voies biliaires obstruées, mais le cholédoque ouvert par M. Le Jemtel était très dilaté, ce qui a permis l'issue plus facile du contenu du kyste, tandis que chez mon malade ce canal avait ses proportions normales.

Dans ces deux observations, mon ancien interne et ami Le Jemtel et moi nous sommes conduits de la même façon, nous avons non seulement ouvert le cholédoque pour drainer l'hépatique, mais nous avons de plus enlevé la vésicule.

Enfin, comme cela a lieu d'habitude, ce n'est que tardivement que le diagnostic a pu être posé après l'expulsion des hydatides, seulement vingt jours après dans le cas de M. Le Jemtel.

Les quelques réflexions que me suggèrent de plus ces deux observations, c'est le bon sens chirurgical qui a fait M. Le Jemtel procéder sans tarder à une seconde intervention plus radicale que la première et qui lui a permis de sauver son malade. Il insiste même sur ce fait, c'est qu'il a trouvé une beaucoup plus grande facilité à soulever le foie, à arriver sur le cholédoque dans sa deuxième intervention, et il se demande s'il ne faut pas attribuer cet heureux résultat à la première opération. La chose est possible, mais il ne faudrait pas, il me semble, partir de cette unique constatation pour conseiller une cholécystostomie préliminaire.

Pour ma part, je me repens de n'avoir pas réopéré mon malade pour donner un jour plus grand à la plaie et permettre l'évacuation plus facile des hydatides. J'ai été sur le point d'intervenir à

plusieurs reprises, mais, devant la débâcle continue, je me figurai que la rétention allait cesser et, pendant ce temps-là, mon malade s'infectait et cette infection devenait la cause de l'hémorragie à laquelle il a succombé.

En terminant, Messieurs, je vous propose d'insérer avec mon rapport l'observation de M. Le Jemtel dans nos Bulletins et de garder le souvenir de cette observation qui, jointe à d'autres, lui permettra d'espérer devenir plus tard un de vos membres correspondants.

— Les conclusions du rapport de M. ROCHARD, mises aux voix, sont adoptées.

Embolie de l'artère fémorale; artériotomie; extraction par morcellement d'un caillot long de 12 centimètres; rétablissement immédiat de la lumière du vaisseau. Mort le lendemain de myocardite; formation d'un nouveau caillot, par M. ROBERT PROUST.

Rapport de M. LEJARS.

Notre collègue des hôpitaux M. Robert Proust est venu nous apporter un document nouveau, pour servir à l'histoire de ce qu'on pourrait appeler la *désobstruction opératoire des artères embolisées.* Hélas! le document n'est pas plus probant que ceux que nous possédions déjà; la besogne chirurgicale a été, certes, bien menée et fait honneur à l'habileté de notre collègue, mais le bénéfice a été nul, l'artère s'est thrombosée de nouveau et la malade a succombé.

A voir se répéter ainsi les insuccès, on se prend à douter, comme MM. Monod et Vanverts (1), de la légitimité d'une intervention qui avait d'abord paru si rationnelle et qui donnait de séduisantes promesses. J'ai quelque droit, peut-être, à exprimer ces désillusions, car je vous ai communiqué, en 1902 (2), l'un des premiers cas, je pense, où l'on ait procédé à la découverte et à la désobstruction d'une artère thrombosée; il s'agissait d'une thrombose de l'artère fémorale gauche, consécutive à une attrition sous-cutanée directe ; pour chercher à enrayer la gangrène, j'incisai le segment obstrué du vaisseau, reconnaissable, du reste, par sa coloration noirâtre, sa consistance et l'absence de battements; je

(1) Monod et Vanverts. Chirurgie des artères. *Rapport au XXIIe Congrès français de Chirurgie*, 1909.

(2) De l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères. *Bull. Soc. Chir.*, 1902, p. 609.

le vidai des caillots qui le remplissaient et je le suturai. Le sang passa de nouveau dans le bout déclive, et l'aspect du membre s'améliora; je fus obligé, toutefois, d'amputer la jambe tout près du genou, et le résultat obtenu fut, en tout cas, médiocre et douteux. M. Stewart (1), en 1907, a eu recours à la même intervention, sans plus de succès, et, pour ma part, je serais peu disposé aujourd'hui à refaire l'expérience, les lésions tuniquaires et spécialement celles de l'endartère étant si constantes et si marquées, après ces traumatismes, qu'elles rendent inévitable la thrombose récidivée.

Il semble que la « désobstruction » présentera, en général, tout aussi peu de chances, dans les thromboses spontanées, sur place; un second cas de M. Stewart et l'observation de notre collègue M. Lecène (2) en témoignent. Le malade de M. Lecène était un tuberculeux « avancé » qui avait fait, quinze jours avant sa mort, une thrombose de l'artère humérale gauche ; la main était en voie de sphacèle. L'artère fut incisée, le caillot extrait, une sonde n° 10 pénétra très loin dans le bout déclive, jusqu'à la main ; la suture artérielle fut pratiquée. La main et l'avant-bras se réchauffèrent un peu; le sphacèle se limita au pouce et à l'index; mais, neuf jours après, l'opéré succombait à ses accidents pulmonaires, et l'on trouvait, à l'autopsie, les artères humérale, radiale et cubitale thrombosées de nouveau. Ce dernier fait n'a rien qui doive surprendre, en pareilles conditions, et il semble tout naturel que le sang, qui s'est coagulé spontanément une première fois, se coagule derechef après un traumatisme artériel opératoire et au contact d'une plaie artérielle suturée.

Reste l'embolie, l'obstruction mécanique ou exiguë du vaisseau l'embolie cardiaque. C'est elle qui semblerait prêter davantage à une intervention efficace. Que nous apprend l'expérience ?

Avant de rappeler les quelques observations déjà connues, je voudrais résumer celle de M. R. Proust.

Elle ne se présentait pas, il convient de le remarquer tout d'abord, sous un jour particulièrement propice : la malade avait cinquante-neuf ans ; c'était une cardiaque invétérée, atteinte d'un rétrécissement mitral, chez laquelle étaient déjà survenues tout récemment une embolie pulmonaire et une hémiplégie gauche. Dans la soirée du 9 au 10 mai 1908, elle est prise de vives douleurs dans le membre inférieur droit, qu'on trouve, le 10 au matin, cyanosé et refroidi jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. On précise

(1) Stewart. Arteriotomy for thrombis and embolism. *Annales of Surgery*, août 1907.

(2) Lecène. Thrombose de l'artère humérale. *Bull. Soc. anatomique*, 1908, p. 457.

à trois travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale une localisation douloureuse sur le trajet de l'artère fémorale, qu'on sent dure et sans battements à ce niveau et au-dessous. La malade était hospitalisée dans le service de notre collègue, M. Jeanselme, qui la montre à M. Proust, et tous deux sont d'avis de tenter la désobstruction de la fémorale embolisée.

L'opération a lieu le 10 mai, dans l'après-midi, douze à quatorze heures après le début des accidents, et je tiens à relater ici le texte même de M. Proust :

Incision de quinze centimètres environ, depuis la partie moyenne du triangle de Scarpa jusqu'à la gaine de Hunter, le long de l'artère : peau et tissu cellulaire absolument exangues. Le muscle couturier est récliné en dehors, l'artère est découverte ; c'est un cordon dur, elle est complètement oblitérée. Je l'incise sur une longueur de 4 cent. 1/2, les parois en sont dures, crétacées et crient sous le bistouri; j'extrais immédiatement un caillot qui se fragmente : *pas une goutte de sang* ; au moyen d'une pince, j'extrais par morceaux la partie du caillot qui se prolonge dans le bout inférieur, et, par massage et expression de l'artère poplitée, j'arrive à faire sortir encore quelques fragments. Un long stylet introduit dans l'artère peut alors facilement cathétériser le bout inférieur sur une longueur de 15 centimètres. Malheureusement, les parois de l'artère sont dépolies et très végétantes.

La même expression est alors exercée sur l'artère fémorale depuis la terminaison de l'iliaque externe jusqu'à l'ouverture artérielle.

Progressivement, j'arrive ainsi à faire cheminer des caillots vermiformes qui se rompent en chaîne annelée de 2 centimètres environ chaque anneau.

L'ensemble reconstitué forme un caillot de plus de 12 centimètres. A ce moment seulement, le sang sort franchement et largement par la plaie artérielle, mais sans battement et plutôt en bavant. Un stylet introduit pénètre facilement sur une longueur de plus de 20 centimètres. La portion de l'artère ainsi libérée est donc au total de plus de 35 centimètres, et le sang coule, mal, mais il coule. Dans ces conditions, je passe à la suture. Je l'exécute avec une aiguille de Reverdin excessivement fine et de la soie 00 ; je me sers pour l'hémostase temporaire d'une grosse anse de catgut passée sous l'artère. J'exécute un surjet à points excessivement rapprochés avec point d'arrêt de loin en loin, mais je ne ferme ainsi que les 3 centimètres supérieurs de la plaie artérielle. Les derniers 15 millimètres sont laissés béants, et j'y passe trois points séparés que je ne noue pas immédiatement. Eversant alors les bords de l'artère, je fais une dernière toilette de sa cavité, puis un dernier cathétérisme. M'assurant alors que le sang vient librement, par le bout supérieur, quoique les battements de l'artère soient pour ainsi dire imperceptibles (il faut dire que le pouls radial est lui-même à peu près incomptable), je ferme les trois points séparés et j'en place trois autres dans leur intervalle. J'enveloppe l'artère avec le tissu cellulaire environnant que je suture au catgut 0. Petit drain dans l'extré-

mité inférieure de la plaie encore exsangue, mais commençant déjà à se recolorer un peu. Suture de la peau en un plan au crin; le membre est placé dans une gouttière et enveloppé de ouate.

A la suite de cette intervention, la cyanose du membre s'atténue un peu; quelques heures après, la température s'est sensiblement élevée; mais la teinte violacée ne tarde pas à reparaître: le membre du côté opposé se couvre lui-même de marbrures violettes. Le lendemain, la malade succombait à la myocardite. A l'autopsie, on trouve la fémorale à nouveau thrombosée.

Je veux bien que la situation ait été, dans le cas de M. Proust, particulièrement défavorable et compromise, et que l'état d'adynamie cardiaque ait créé à l'intervention, des conditions fort précaires. Mais on ne saurait oublier que, dans tous les faits de désobstruction d'une artère périphérique pour embolie cardiaque, le résultat final a été mauvais, en somme, car la thrombose s'est reproduite. Je retrouve six faits de ce genre, qui peuvent se résumer ainsi :

M. Handley (1) (1907) : fémorale gauche ; mort en vingt-quatre heures;

M. Moynihan (2) (1907) : poplitée; mort, quatre jours après, d'embolie pulmonaire et d'asystolie;

M. Doberauer (3) (1907) : humérale droite; réapparition de la thrombose (on pratique secondairement, comme je vais le dire, l'anastomose artério-veineuse axillaire);

M. Murphy (4) (1909) : fémorale gauche ; amputation de la cuisse au bout de quatre jours;

M. Schiassi (5) (1909) : fémorale gauche; au troisième jour, la cyanose reparaît; amputation de cuisse.

M. Murphy signale bien un certain « retour de la circulation » à la cuisse, qui lui avait permis d'amputer 10 centimètres plus bas, mais, en vérité, le bénéfice est médiocre; chez le malade de M. Schiassi, le pied reprend d'abord sa température normale, mais pour peu de temps, puisque, trois jours après, la cyanose reparaissait.

Il paraît donc qu'après l'opération un certain rétablissement

(1) S. Handley. An operation for Embolus. *British med. Journal*, 21 septembre 1907.

(2) Moynihan. An operation for Embolus. *British med. Journal*, 28 septembre 1907.

(3) Doberauer. Demonstration eines Falles von operierter Embolie der Arteria brachiales. *Prager medic. Woch.*, 1907, n° 33, p. 437.

(4) Murphy. Removal of an Embolus from the common iliac artery with reestablishment of circulation in the femoral. *Journal of American med. Assoc.*, 1909, LII, n° 21.

(5) Schiassi. *Il Policlinico*, 1er août 1909.

partiel et temporaire de la circulation se produise, en se traduisant par quelque atténuation fugace des accidents locaux de sphacèle menaçant; mais cela ne dure pas, et l'obstruction ne tarde pas à se reproduire.

On en vient donc à se demander si, l'artériotomie « évacuatrice » échouant toujours, une autre technique ne serait pas plus efficace.

C'est ainsi que M. Deberauer, dans le cas rapporté tout à l'heure, après que l'artère humérale se fut de nouveau obstruée, pratiqua l'anastomose bout à bout de l'artère axillaire et de la veine, dans le but de réaliser, de la sorte, la circulation « à rebours ». Le résultat fut, paraît-il, excellent, mais l'observation s'arrêta au huitième jour. Ce que l'on sait aujourd'hui de ces anastomoses artério-veineuses ne semble pas de nature, du reste, à leur laisser grand crédit.

La résection du segment embolisé de l'artère (1), suivie d'une greffe vasculaire, trouverait alors peut-être des applications, et le transplant, sinon d'un bout d'artère, au moins d'un bout de veine, prélevé, par exemple, comme la chose a été faite, aux dépens de la saphène interne, aurait l'avantage, s'il réussissait, de supprimer, avec l'obstacle, le segment artériel déjà altéré au contact de cet obstacle, et tout prêt, après désobstruction simple, à refaire de la thrombose. Ce sont là des hypothèses, et, pour le moment, des rêves d'avenir, et rien de plus.

Il semble donc que le traitement opératoire des embolies n'ait plus, expérience faite, de base suffisante pour qu'on puisse y recourir avec quelque confiance. Et pourtant, on ne saurait passer sous silence l'opération de M. Trendelenburg, la désobstruction de l'artère pulmonaire lors de grosses embolies et de mort immi-

(1) La résection, suivie de la réunion circulaire des deux bouts, ne serait exécutable que sous la réserve que la zone obstruée de l'artère fût relativement courte, ce qui ne paraît guère fréquent. M. Tixier (de Lyon) a réséqué purement et simplement l'artère, sur une longueur de 12 à 13 centimètres, sans réunion ni transplant; mais le cas était tout particulier : il s'agissait d'une oblitération déjà ancienne (elle semblait remonter à deux mois) de l'artère humérale, à sa partie moyenne, par un caillot émané d'un anévrisme sous-clavier. Après avoir découvert l'anévrisme, fusiforme et extra-scalénien, on incisa, sur le trajet de l'humérale dure et thrombosée ; une ligature d'attente étant installée, on ouvrit l'artère et l'on y trouva « un caillot solide, fibreux, adhérent », qui fut extrait; mais on s'aperçut que « l'endartère était partie avec le caillot, et, dans ces conditions, on renonça à la suturer pour réséquer le segment correspondant de l'humérale. L'anévrisme fut réséqué à son tour, après ligature au-dessus et au-dessous. Cette double opération eut des suites excellentes, la circulation collatérale étant toute « préparée ». — (Tixier. Anévrisme fusiforme de la sous-clavière droite, traité par l'extirpation de la poche; résection d'une partie de l'humérale oblitérée par un caillot; guérison. *Soc. de Chir. de Lyon*, 14 février 1907, t. X, n° 2, p. 63.)

nente : le premier opéré du chirurgien de Leipzig (1) a succombé au cours de l'intervention; un second, opéré par un des assistants de M. Trendelenburg, M. Siewers (2), est mort au bout de quinze heures; enfin, un troisième malade, opéré à Iéna par M. Krüger (3), a survécu cinq jours, et l'autopsie montra que le dénouement final procédait de complication pulmonaire, et non d'une thrombose renouvelée.

Faut-il conclure de ce dernier résultat que l'extraction toute précoce de l'embolie pourrait aussi n'être pas inefficace dans les embolies des artères périphériques, si, dans ces conditions, elle était pratiquée avant que l'endartère ne se fût altérée au contact du caillot? Ces lésions de l'intima sont, en effet, le gros écueil de la désobstruction, et ce sont elles qui commandent la thrombose récidivée. Or, il n'est pas douteux qu'elles doivent s'établir très vite, au bout de quelques heures peut-être, et, en tout cas, dans un laps de temps très bref, qui ne saurait être précisé chez l'homme, et dans un tel cas particulier. Toutes les désobstructions connues ont eu lieu relativement tard, souvent après plusieurs jours : M. Deberauer opéra cinquante-deux heures après le début des accidents, et M. R. Proust quatorze heures, et pourtant ces deux cas se jugèrent par l'insuccès. Il convient d'ajouter que, dans ces désobstructions tardives, la longueur et l'extension du caillot secondaire ont entraîné d'ordinaire à des manœuvres de « débouchage » artériel qui, par elles-mêmes, devaient aggraver encore l'état de l'endartère; je veux parler du cathétérisme de l'un et de l'autre bout avec des stylets, des sondes, des curettes, l'hystéromètre; l'expression, utilisée par M. Proust et à laquelle j'avais eu recours aussi dans mon cas de 1902, est, sans doute, moins nocive; enfin, l'aspiration serait, sans doute, le procédé qui compromettrait le moins l'endartère : M. Handley l'a employée; il a pu vider ainsi le bout supérieur de la fémorale en pratiquant l'aspiration de la fémorale profonde, mais la pratique fut longue et malaisée et le bout inférieur ne put être entièrement désobstrué.

En somme, il ne nous reste que bien peu d'espoir de réaliser quelque jour la désobstruction, utile et durable, qui lèverait l'obstacle mécanique de l'embolie et ne serait pas suivie d'une thombose nouvelle.

(1) Trendelenburg. Zur Hezchirurgie. 79[e] *Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Dresden*, septembre 1907.

(2) R. Sievers. Ein Fall von Embolie der Lungenarterie nach der Methode von Trendelenburg operiert. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1908, XCIII-3, p. 282.

(3) Krüger. Eim nach Trendelenburg operierter Fall von Embolie der Lungenarterie, *Zentralbl. f. Chir.*, 1909, p. 757.

Discussion.

M. Tuffier. — On peut à propos des *embolies* artérielles et de leur traitement, beaucoup espérer des méthodes nouvelles ou des hypothèses opératoires qu'elles font naître, mais au point de vue pratique deux faits principaux sont à considérer dans le traitement : l'un est la *localisation* de l'embolie, il est de beaucoup le plus important ; l'autre est l'état de l'artère.

Je me suis trouvé deux fois en présence d'accidents emboliques avec sphacèle du membre ; ce sont ces deux observations qui constituent toute mon expérience. Dans les deux cas, les médecins me demandaient d'enlever par artériotomie le caillot embolique. L'opération et l'indication leur paraissaient très simples.

Il y a cinq ou six ans, j'étais appelé par deux de nos collègues des hôpitaux, près d'un homme d'une quarantaine d'années, qui, dans le cours d'une endocardite chronique, avait été pris de tous les signes d'une embolie artérielle de la fémorale. Le malade était jeune, résistant, et l'accident datait de quelques heures. A l'examen, les battements de la fémorale étaient absents *dans toute sa hauteur et jusque dans l'iliaque externe* aussi loin que la palpation pouvait remonter. Je refusai d'intervenir parce que je ne pouvais préciser la localisation du corps étranger, et surtout, parce que, en palpant la fémorale *du côté opposé*, je trouvai ses battements très affaiblis, si bien que je ne voyais pas comment on pouvait désobstruer l'artère sur une aussi longue étendue pour enlever et l'embolie et le thrombus. L'amputation de cuisse le surlendemain montra la fémorale obstruée. Je cherchai sa désobstruction en enlevant les caillots avec une pince d'abord, une sonde cannelée, une bougie urétrale sans pouvoir y parvenir; quelques jours après, le membre du côté opposé était atteint de gangrène. La *localisation* du point où il faut inciser me paraît donc difficile à établir, et force est d'aller jusqu'à l'embolus. Il y a dans cette question à considérer le *corps étranger* et le *thrombus secondaire*; l'enlèvement du caillot est parfaitement inutile si on laisse l'embolie. C'est ce qui est arrivé à mon sens dans la première observation de Trendelenburg : le trombus avait été enlevé, mais la figure que j'ai vue de la pièce permet de croire que l'embolus était resté.

Dans un second fait superposable au précédent, mais chez un athéromateux, ce qui me fit douter de l'efficacité de l'artériotomie, c'est l'*état des artères*. La fémorale était athéromateuse *de visu* après amputation, à tel point qu'une suture eût été inefficace après l'ouverture du vaisseau. La coagulation ultérieure me paraissait inévitable. Cette *coagulation secondaire* est un fait capital dont les opérateurs ne tiennent pas assez compte. Ce

n'est pas tout d'ouvrir une artère, de la suturer et de voir le sang passer dans le vaisseau : tous les procédés peuvent donner ce résultat. C'est la *perméabilité définitive* qui est le fait capital. Aussi je n'accepte que sous bénéfice d'inventaire les observations publiées sans constatation anatomique. A voir le nombre de perméabilités définitives après suture vasculaire, pour artériotomie un peu étendue chez les animaux, j'ai le droit de penser qu'il en est de même chez l'homme et que l'absence de constatation directe masque seule en chirurgie la valeur ou l'exactitude du résultat final.

M. Legueu. — Aux observations qui viennent d'être relatées, j'en ajoute une autre, également infructueuse.

Au cours d'une amputation pour gangrène sénile de la jambe, je trouvai le bout supérieur de l'artère tibiale sec, alors que la fémorale battait encore à la base du triangle de Scarpa.

Avec une sonde urétérale, je fis le cathétérisme de l'artère. La sonde cheminait difficilement, mais avec des injections de sérum je lui faisais son chemin en dissolvant les caillots. Peu à peu, et, lentement, je remontai jusque vers l'artère iliaque externe et quand je vis le sang paraître, je m'arrêtai.

L'opération fut terminée et le malade mourut quelque temps après.

A l'autopsie, je retrouvai l'artère fémorale oblitérée de nouveau.

Donc, il faut se méfier beaucoup dans les thromboses par artérite : peut-être que dans les embolies primitives, dans une artère saine, il y a moins à faire.

M. Michaux. — J'apporterai un fait traumatique dans la prochaine séance.

Présentations de malades.

Hypospadias pénien.

M. Ombrédanne présente deux malades qu'il a opérés d'*hypospadias pénien* par le procédé qu'il a décrit au cours de la séance et auxquels il a fait allusion.

Dilatation œsophagienne sous le contrôle œsophagoscopique et gastrostomie temporaire.

M. Pierre Sebileau. — Je présente à mes collègues un jeune enfant de trois ans qui est atteint d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Cet enfant, qui, quelques mois auparavant, avait avalé du liquide caustique, me fut adressé à l'hôpital Lariboisière, le 23 avril 1911.

Il était dans un état d'amaigrissement extrême; le pouls était imperceptible; la température oscillait autour de 36 degrés; rien ne passait plus par l'œsophage.

Je pensai que, dans un pareil état, le petit malade n'avait pas à bénéficier de l'œsophogoscopie; d'abord, le diagnostic ne comportait aucun doute; nous avions des anamnestiques qui l'imposaient; ensuite, il ne paraissait pas que la déchéance physiologique du patient pût s'accommoder des manœuvres nécessitées par plusieurs séances de dilatation sous le contrôle de la vue.

Je voulus faire de suite la gastrostomie. Mes élèves m'en dissuadèrent; il leur sembla que l'enfant était incapable de supporter l'opération. Pendant trois jours, sur leur conseil, je fis donner des lavements nutritifs au petit patient; mais le poids de celui-ci diminua, la température descendit de quelques dixièmes de degré; manifestement, les choses tournaient au tragique; je me décidai à opérer.

Je pratiquai une gastrostomie rapide par le procédé simple de Terrier.

Pendant plus d'une semaine, la situation demeura très critique. La bouche stomacale était continente; mais, quoiqu'il s'alimentât, l'enfant ne prospérait pas.

Enfin, peu à peu, il se mit à prendre du poids et, de jour en jour, nous le vîmes revenir à la vie; aussi, vers la fin de mai, me sembla-t-il que l'heure était venue de tenter la cure directe du rétrécissement de l'œsophage.

Un mois après l'opération, nous pratiquâmes l'œsophagoscopie, mon jeune collaborateur et ami Lemaître et moi. L'enfant fut anesthésié par le chloroforme. Nous découvrîmes un rétrécissement circulaire de l'œsophage; au centre de ce rétrécissement apparaissait un très petit orifice annulaire, dont le pourtour semblait formé par du tissu fibreux, blanchâtre, qui ne portait nulle trace d'ulcération. Dans cet orifice, pouvait s'engager seulement la bougie n° 4. L'introduction de celle-ci détermina une petite hémorragie. Le passage de la bougie n° 5 fut très difficile.

Les jours suivants, l'enfant avala quelques cuillerées de liquide. Une semaine après, nous pratiquâmes une nouvelle dilatation sous le contrôle œsophagoscopique, et nous pûmes franchir le rétrécissement avec la bougie n° 6, que je laissai à demeure pendant vingt-quatre heures.

Dès lors, le petit malade, qui put s'alimenter par la bouche, se refusa obstinément à l'introduction de la sonde gastrique. En quel-

ques jours, nous vîmes se rétrécir puis s'obturer l'orifice et le trajet de la fistule stomacale.

Depuis, nous dilatons le rétrécissement toutes les trois semaines environ. L'enfant se nourrit bien et vous voyez qu'il est gras et frais. Toute tentative de dilatation en dehors du contrôle œsophagoscopique a échoué jusqu'à ce jour.

Nous allons essayer la cure par l'électrolyse. Je compte sur elle pour assurer à l'enfant un résultat moins éphémère que celui de la simple dilatation.

Présentation d'instrument.

Etui de seringue vésicale.

M. G. Marion. — J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. Collin, un étui de seringue vésicale. Cet étui, dans lequel peut entrer une seringue de 100 grammes et les embouts nécessaires, a pour but de maintenir stérile la seringue et d'en faciliter le transport.



En utilisant la seringue entièrement métallique que construit M. Collin, il est possible d'obtenir la stérilisation du tout à l'autoclave. Avec les seringues en verre et caoutchouc, la stérilisation doit être faite par ébullition.

A noter le mode de fermeture de cet étui ; mode de fermeture absolument absolu qui permet de conserver la seringue stérile aussi longtemps qu'on peut le désirer.

Cet étui n'a du reste de véritable intérêt que pour les malades obligés de se sonder. Il a été construit à la demande d'un de mes clients qui se voit obligé d'user de la sonde, qui voyage et n'avait pas toujours sous la main, surtout la nuit, ce qu'il fallait pour stériliser la seringue dont il se sert.

Présentations de pièces.

1° *Fracture de l'astragale avec énucléation au dehors du fragment inférieur*; 2° *Doigt surnuméraire de forme anormale développé sur la seconde phalange du petit doigt.*

M. Coville (d'Orléans), *membre correspondant*. — Messieurs, le premier des faits que j'ai à vous présenter est relatif à une

femme de cinquante ans, assez corpulente, qui était montée sur une échelle et se trouvait à un mètre du sol environ. Sentant l'échelon manquer sous ses pieds, elle se jeta de côté et tomba si malheureusement sur son pied gauche qu'elle se fractura l'astragale et énucléa spontanément le fragment principal comprenant la tête, le col et la facette calcanéenne, à travers une plaie transversale du cou-de-pied, si bien que ce fragment ne tenait plus que par un lambeau infime de ligament. Je n'ai pu préciser, par l'interrogatoire, la position du pied et de la jambe au moment de la chute, et par conséquent le mécanisme de cette fracture et de cette luxation. Mais il est assez exceptionnel de voir un traumatisme, en somme léger, aboutir à une lésion ainsi accusée. J'ajoute qu'il y avait intégrité absolue des autres os du tarse et des malléoles.

Le second fait est relatif à un jeune garçon de dix ans, qui portait sur le bord cubital de la seconde phalange du petit doigt une saillie de volume d'une cerise, saillie arrondie, lisse, indolore. La mère m'apprit que, peu après la naissance, elle avait constaté en ce point un petit noyau de volume d'un très petit pois. Ce noyau resta tel quel jusqu'à l'âge de sept ans, puis se mit à grossir et atteignit bientôt le volume actuel.

L'ablation fut extrêmement simple. Un coup de gouge sectionna le pédicule que la radiographie m'avait montré peu épais, et je suturai la peau restituant ainsi au doigt sa forme normale.

En raison de l'existence d'un petit noyau à la naissance et de la structure ostéocartilagineuse de ce noyau, je pense qu'il s'agit d'un doigt surnuméraire dont la forme et l'évolution ont été anormales.

Errata.

A la page 1051, 2e ligne, au lieu de : pastorisation, lire : *péritonisation.*

A la page 1057, 11e ligne, au lieu de : sur les coupures élargies, lire : *sur la périphérie.*

Avis

MM. les candidats à une place de *membre correspondant* sont invités à faire parvenir leurs titres à M. le Secrétaire général *avant le* 15 *novembre prochain.*

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un volume de *thérapeutique chirurgicale et de chirurgie journalière*, adressée à la Société, par MM. PHOCAS et BAROZZI.

M. LE PRÉSIDENT. — Des remerciements seront adressés à MM. PHOCAS et BAROZZI, au nom de la Société.

3°. — Un travail de M. SCHMIDT (de Nice), intitulé : *Dégénérescence hyaline et muqueuse d'un fibromyome du ligament large.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. ROBINEAU est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. LE MONIET (de Rennes), intitulé : *Kyste du pancréas.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

Lecture.

M. LEGRAND (d'Alexandrie), lit un travail sur un cas de *corps étranger* (lithopédion) *du cul-de-sac de Douglas*, opéré par laparotomie, et un autre sur un cas de *kyste hydatique* du Douglas, traité également par laparotomie.

Le travail de M. LEGRAND est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la thrombose artérielle.

M. Michaux. — Je partage entièrement l'opinion de notre collègue Lejars sur la valeur de ce qu'il appelle la *désobstruction opératoire des artères thrombosées et embolisées.* Je n'ai pas eu l'occasion d'intervenir pour des embolies artérielles spontanées, mais j'ai cherché deux fois à faire quelque chose pour des thromboses traumatiques : plaie contuse de l'artère fémorale par empalement et, dans l'autre fait, rupture de la poplitée par écrasement du membre.

Ni dans un de ces faits, ni dans l'autre, je n'ai été appelé à intervenir immédiatement, mais, dans ces deux cas, bien que guidé par le siège du traumatisme, j'ai rencontré dans mon intervention les plus grandes difficultés pour fixer le siège précis de la thrombose. Dans les deux cas, la gangrène était limitée au quart inférieur de la jambe et à tout le pied; il existait dans le cas de plaie de la fémorale un gros gonflement de la partie supérieure et interne du mollet qui m'avait fait penser à une thrombose limitée à la tibiale postérieure. Or, les lésions profondes étaient bien plus marquées que les superficielles, non seulement la tibiale postérieure était thrombosée dans toute son étendue, mais la fémorale à l'anneau sur laquelle nous nous sommes dirigés ensuite était absolument thrombosée.

Sans doute, je me suis trouvé dans de mauvaises conditions puisque les thromboses remontaient dans un cas à douze jours et dans l'autre à quatre jours après l'accident; mais l'observation de ces deux faits me porte à croire que la désobstruction des artères thrombosées ou embolisées est difficile, qu'elle n'a de chance de réussite que si elle est faite immédiatement, et alors dans les cas traumatiques, il y a je crois mieux à faire, et je vous demanderai la permission de revenir prochainement sur les deux faits que je viens de rappeler, pour tenter de fixer les règles de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes des grosses artères plaies et ruptures.

Pour ce qui est des thromboses et des embolies spontanées ou médicales, je crains bien que la gravité des lésions concomitantes du cœur (endocardites) ou des artères, athéromes, sclérose artérielle ainsi que leur étendue ne permettent pas souvent au chirurgien d'obtenir un résultat appréciable, quelle que soit l'intervention à laquelle il ait eu recours et l'habileté avec laquelle cette

intervention ait été réalisée, comme dans le cas de notre collègue Proust.

M. Lejars. — Je vois que les doutes et les désillusions auxquels je faisais allusion dans mon rapport sont partagés par mes collègues; je crois pourtant qu'il serait utile de limiter et de préciser la question dans le sens où j'avais cherché à le faire, c'est-à-dire de laisser de côté les thromboses par artérite et les thromboses traumatiques, pour s'en tenir aux embolies. En ce qui concerne les deux variétés de thromboses qui viennent d'être rappelées, nous savons bien aujourd'hui que la désobstruction ne saurait, en réalité, rien donner, et ce que vient de dire M. Michaux confirme encore le fait; j'ajouterai même qu'on ferait bien d'éliminer aussi de la discussion les embolies occupant des artères très malades, indurées, crétacées, et qui, par suite, ne se prêtent nullement à une intervention aussi délicate.

Resteraient les embolies récentes, survenues chez des sujets jeunes, sur une artère encore indemne ou à peu près, et dans un système vasculaire périphérique peu altéré. Il faut reconnaître que, dans les cas jusqu'ici connus, les conditions étaient, d'ordinaire, tout autres; et les insuccès constants trouvent là, sans doute, pour une grande part, leur explication.

Bien entendu, la localisation précise du segment embolisé est aussi de toute nécessité, comme y insistait fort justement M. Tuffier; dans le cas qu'il nous signalait, où l'oblitération artérielle se prolongeait très haut dans la fosse iliaque, nul, je pense, ne se fût décidé à intervenir; mais il arrive assez souvent que le siège de l'embolie puisse être déterminé et par la consistance que prend l'artère obstruée, et par l'absence de battements à ce niveau et au-dessous.

Jusqu'à présent, les interventions pour embolies n'ont été suivies d'aucun résultat durable. En serait-il de même si l'on intervenait, si l'on pouvait intervenir, lors d'embolies jeunes, chez des sujets jeunes, sur des artères à peu près saines? C'est sur ce point seulement que la question pourrait rester ouverte.

A propos du traitement chirurgical de la dysenterie.

M. Moty. — J'ai entendu avec quelque surprise la communication qui nous a été faite, le 25 juillet, par M. Sieur, car le type anatomo-pathologique qu'il semble avoir le plus souvent constaté chez les anciens dysentériques tonkinois, qui succombaient au

sanatorium de Porquerolles, diffère sensiblement, ainsi que me le faisait remarquer M. Robert, de celui que nous offraient nos autopsies, faites sur place pendant la campagne. J'ai donc relevé mes anciennes observations, pour me rendre un compte exact de ce qu'étaient les lésions que j'avais moi-même constatées. Mes autopsies sont d'ailleurs peu nombreuses, les cas de gravité moyenne guérissant d'ordinaire ou s'améliorant assez pour être rapatriés. Quoi qu'il en soit, voici le résumé de mes constatations anatomiques concernant les dysentériques :

1. L..., soldat européen. Coup de feu abdomino-thoracique; enlevé par le choléra terminal. Le gros intestin porte des traces de dysenterie, sa muqueuse est atrophiée sur de grandes surfaces, les ganglions mésentériques sont à peu près normaux. Entré le 28 décembre, décédé le 10 janvier.

2. Soldat européen, ancien dysentérique, enlevé par le choléra. Gros intestin congestionné, plaques circulaires multiples ou muqueuse gangrénée, du diamètre d'une pièce de 50 centimes ou plus petites, à bords taillés à pic, ganglions mésentériques engorgés. Entré le 22 janvier, décédé le 24.

3. R..., soldat européen. Dysenterie et fièvre rémittente typho-palustre. Ulcérations gangréneuses multiples du gros intestin; tuniques non épaissies; intestin grêle aminci, ganglions mésentériques engorgés; abcès volumineux du foie, adhérences péritonéales. Entré le 30 janvier, décédé le 11 mars.

4. S..., soldat européen. Dysenterie grave. Ulcérations gangréneuses profondes du gros intestin, qui est épaissi mais non induré; péritonite exsudative légère. Entré le (?).

5. Soldat annamite. Dysenterie chronique, choléra ultime. Liquide clair dans le péritoine, sept à huit petites ecchymoses sous-muqueuses dans le petit et le gros intestin. Partout, la muqueuse est atrophiée; effacement des valvules, surtout à la partie du gros intestin voisine du cæcum. Décédé quelques heures après son entrée; la mort reste douteuse pendant deux ou trois heures.

6. Soldat annamite. Dysenterie aiguë, fièvre typhoïde, puis suicide par pendaison. Le gros intestin présente de nombreux ulcères dysentériques en voie de détersion. Nombreuses plaques de Peyer légèrement ulcérées dans l'intestin grêle. Entré le 15 juin 1887, suicidé le 19.

7. Soldat annamite. Angio-cholécystite, suite de dysenterie. Ulcération circulaire du cæcum, entourant la base de l'appendice et se continuant dans la cavité de ce dernier sur une longueur de 2 centimètres; petites ulcérations dans le gros intestin. Entré le 9 juillet, décédé le 20.

8. Soldat européen. Dysenterie chronique et paludisme; abcès multiples du foie, qui pèse 2 kilogr. 900; ulcères nombreux du petit intestin, une ulcération cæcale en voie de réparation près de la valvule. Entré (?).

9. Soldat européen. Dysenterie et scorbut. Ulcères dysentériques

nombreux dans le gros intestin, où ils sont disséminés au milieu d'ecchymoses scorbutiques ramifiées, confluentes par places; petit stéatome calcifié d'un appendice épiploïque, gingivite scorbutique. Entré le 10 août, décédé le 28.

10. Soldat européen. Dysenterie et scorbut, cachexie, traces de dysenterie et petites ecchymoses scorbutiques multiples dans le gros intestin. Entré (?).

11. Soldat européen. Paludisme et scorbut, traces de dysenterie légères dans le gros intestin. Entré le 1er septembre 1887 (Lang-Son), mort le 3.

12. Autopsie médico-légale d'une fille galante assassinée. Ulcère unique, rosé, des dimensions de deux pièces de 5 francs juxtaposées dans l'S iliaque, corps en parfait état de nutrition.

On voit que, sur ces douze cas, le gros intestin n'a présenté qu'une seule fois de l'épaississement, mais il ne s'agissait que d'une infiltration molle, non fibreuse. J'en conclus que la dégénérescence que nous ont signalée M. Sieur et M. Jacob (1) demande un certain temps pour s'établir et ne s'observe pas dans les pays tropicaux ou subtropicaux où la maladie débute. Je note en passant qu'il faut distinguer l'induration fibreuse du gros intestin, qui accompagne les dysenteries chroniques, de l'infiltration œdémateuse que l'on peut rencontrer dans les dysenteries suraiguës de nos pays, infiltration que les Allemands ont appelée diphtéritique et dont j'ai rencontré un seul cas, au cours d'une épidémie à Bourges; dans cette forme, le côlon ressemble à un gros tuyau de caoutchouc et ses plis sont effacés. Mais je reviens aux lésions observées sur mes malades pour insister sur un point du plus haut intérêt : ces lésions étaient presque toujours discrètes et trop peu étendues pour que leur cicatrisation pût entraîner un rétrécissement ultérieur notable du gros intestin; par conséquent si, après échec des traitements médicaux, on avait eu recours à l'appendicostomie comme l'ont recommandé avec tant de raison M. Jacob et M. Sieur dans les cas chroniques rebelles, il est au moins vraisemblable que quelques-uns d'entre eux, notamment, ceux des observations 3 et 9, qui ont survécu assez longtemps après leur entrée à l'hôpital, auraient pu être sauvés, non pas temporairement, en conservant de graves cicatrices du côlon, menaçantes pour l'avenir, mais définitivement.

Je ne me contente pas d'approuver la conduite de MM. Jacob et Sieur, conduite qui leur a valu de si beaux succès, mais je pense que l'appendicostomie est indiquée non seulement dans les dysenteries chroniques, mais dans les dysenteries subaiguës

(1) *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 9 juin 1911.

ou aiguës qui ne sont pas rapidement modifiées par le traitement médical et qui conduisent presque fatalement le malade à la mort ou à des lésions irrémédiables du gros intestin. Si j'estime moi-même qu'un sixième de mes cas seulement auraient été justiciables de cette intervention si bénigne, c'est que la plupart des malades nous arrivaient épuisés non seulement par la dysenterie, mais par le paludisme, les abcès du foie, et, dans certaines régions, par le scorbut; en face de toutes ces maladies réunies sur un même moribond, la partie n'aurait pas été belle; le choléra venant bientôt se joindre à cette redoutable association morbide, précipitait en quelques heures le dénouement fatal. Mais la constitution médicale n'est pas toujours aussi mauvaise; c'est pourquoi l'indication de l'appendicostomie nous apparaît, dans les dysenteries graves, comme aussi formelle que l'ablation de l'appendice dans l'appendicite et, comme dans cette dernière affection sans doute, plus l'intervention sera précoce, mieux cela vaudra. La collaboration médico-chirurgicale, recommandée si éloquemment par le président du dernier Congrès de Chirurgie, se trouve ici réalisée d'elle-même, car, aux colonies, le chirurgien devient forcément médecin, et chacun de nous est vite capable de saisir les caractères bénins ou graves d'un cas de dysenterie et l'indication éventuelle d'une intervention. Il suffit donc que l'attention soit appelée sur la valeur de l'appendicostomie pour que cette dernière entre de plain-pied dans le domaine de la thérapeutique dysentérique et permette ainsi, non seulement d'arracher à la mort quelques malades destinés à succomber fatalement après de cruelles souffrances, mais encore d'atténuer chez beaucoup d'autres la gravité des altérations consécutives dont M. Jacob et M. Sieur nous ont communiqué des exemples si caractérisés et si impressionnants.

Rapport.

Cure radicale de spina bifida chez un enfant de vingt jours,
par le Dr Douriez (d'Abbeville).

Rapport de M. SAVARIAUD.

M. Le Dr Douriez (d'Abbeville) nous a envoyé une très intéressante observation que je vous demande la permission de vous lire tout au long.

Observation. — Le jeune André L... vint au monde le 11 décembre 1909, après une grossesse et un accouchement sans incidents;

il est porteur d'un spina bifida lombaire. Le père a trente-deux ans; la mère, vingt-cinq ans. Ils sont bien portants; pas de tuberculose, pas de syphilis; il n'y avait pas de malformations chez les ascendants. Un premier enfant, bien constitué, est mort à quatre mois avec des phénomènes cérébraux; un autre vit, c'est une fillette de cinq ans qui n'a jamais été malade.

Mon distingué confrère, le Dr Lemaire, du Tréport, m'adresse le sujet le 29 décembre : celui-ci est de bel aspect, n'a ni bec-de-lièvre, ni hernie, ni pied bot; il n'y a pas de persistance de la suture métopique; les fontanelles ne sont pas plus larges que de raison, elles ne bombent pas. L'état général est excellent; c'est un enfant qui veut vivre.

La tumeur, bien médiane, atteint presque les dimensions d'une petite mandarine; elle n'est pas vraiment pédiculée et la circonférence de base a la moitié environ de la circonférence équatoriale. Le spina est très peu réductible, s'affaisse à peine sous la pression progressive de la main ; ces tentatives de réduction ne retentissent pas sur les fontanelles et ne déterminent aucun phénomène convulsif ni même, semble-t-il, aucun malaise. La poche n'est pas ombiliquée, un peu aplatie seulement à sa partie la plus saillante. Les téguments offrent un aspect bien différent selon que l'on considère la portion droite ou gauche de la tumeur ; à gauche, ils sont normaux comme coloration et comme épaisseur, vers la base, on peut les mobiliser sur les plans sous-jacents; mais en avançant vers la ligne médiane, ils s'amincissent graduellement et, à droite, on n'a plus sous les yeux qu'une membrane mince, lisse et rose, à travers laquelle le liquide transparaît; aucune ulcération jusqu'à présent. Au dire des parents, le volume se serait nettement accru depuis la naissance; aussi, envisageant l'imminence fatale d'une ouverture spontanée, réclament-ils une intervention, sans reculer devant l'aléa d'un succès ou d'une complication ultérieure.

L'opération est pratiquée le 31 décembre, avec l'aide du Dr Lemaire, qui donne le chloroforme. Selon la recommandation du professeur Kirmisson, l'enfant est couché en position déclive pour éviter tout à l'heure la déperdition trop brusque du liquide céphalo-rachidien.

L'incision verticale passe un peu à gauche de la ligne médiane, là où la peau et la méninge ne sont pas confondues; et de ce côté, j'arrive à les séparer aisément en haut, en bas, en dehors. Je tente vainement de poursuivre à la périphérie le décollement vers la droite et de circonscrire ainsi le pôle adhérent; je ponctionne alors la poche de la pointe du bistouri et, après l'avoir laissée se vider lentement, j'agrandis l'ouverture dans le sens vertical et j'en éverse les bords. A gauche, la méninge est unie, ne contient pas de filets nerveux; à droite, la paroi amincie fait corps avec de multiples cordons dont l'un assez volumineux, plat et rubané, se divise en faisceaux secondaires. Impossible de pédiculiser et de fermer en bourse le spina auquel adhère si intimement la queue de cheval et l'extrémité terminale de la moelle; je me borne à reséquer la portion exubérante de la poche dans sa moitié gauche (là où il n'y a rien à ménager) et j'unis ensuite les deux lèvres

de la solution de continuité par une suture au catgut fin, en évitant de piquer les éléments nerveux; enfin, je rentre dans le rachis ce ballon dégonflé dont le tissu se forme et se tasse; la suture, au surplus, est loin d'être étanche et, dès qu'on serre les nœuds, les fils tendent à couper.

Sinon pour clore, du moins pour couvrir et doubler la brèche osseuse qui admet l'extrémité du petit doigt, je fais, de chaque côté et à 2 centimètres en dehors, une incision en croissant sur l'aponévrose et les muscles; j'arrive ainsi à mobiliser deux lambeaux en les décollant jusqu'au bord du fossé rachidien; puis, après les avoir rabattus autour d'un axe vertical, je les réunis au catgut devant la suture méningée, qu'ils protégeront. Notons que le pan musculaire de droite est d'étoffe moins épaisse et moins résistante que celui de gauche; mais, dans l'ensemble, la doublure remplit son office et ne suppléera pas trop mal la paroi osseuse déficiente.

La peau est suturée, non sans mobilisation du lambeau à droite : il y avait de ce côté toute une région où les téguments faisaient défaut et qu'on dut recouvrir par glissement; un crin, à la partie médiane, amarre les deux lèvres; au-dessus et au-dessous, des agrafes de Michel achèvent la réunion. Une couche épaisse de compresses est maintenue sur la plaie par l'emplâtre de Unna.

Les suites immédiates furent excellentes. L'enfant, qui jusque-là était nourri au biberon, fut mis au sein d'une bonne nourrice durant les premières semaines, pour lui assurer les meilleures chances de survie.

Le 31, à peine réveillé du chloroforme, le petit opéré crie durant quatre heures, mais ne présente ni convulsions ni paralysies. Il a une garde-robe normale. Vers le soir, il prend le sein et ne vomit pas. Température rectale à 5 heures : 37°2.

Le 1er janvier, après une nuit assez agitée, la journée est presque calme; tétées régulières, miction et défécation convenables. Température vespérale : 37°5.

Le 3 janvier. Facies excellent. Le pansement n'est pas soulevé, il n'a pas glissé; mais la partie centrale est colorée en rose par un liquide sanguinolent. Pas de température. L'enfant est mis dans le son.

Le 5 janvier. Température du matin : 37 degrés; du soir : 37°4. Le pansement souillé est renouvelé; une des agrafes vers le haut s'est déplacée et le suintement, assez abondant, qui s'est fait jour par là a humecté toutes les compresses. La région opératoire est tuméfiée, elle n'est pas rouge; il s'agit d'œdème par infiltration, et non de réaction inflammatoire. Poudrage avec une poudre absorbante, compresses et coton maintenus par des bandes de crêpe bien sanglées.

Le 8, ablation des agrafes et du crin.

Le 16 janvier, mon ami Lemaire, qui avait surveillé au jour le jour l'opéré, m'écrit : « Je fais mes adieux à notre petit bonhomme; tout est bien cicatrisé; la région rachidienne lombaire est encore soulevée par une tuméfaction légère. »

Depuis lors, le jeune André L... s'est développé parfaitement. Il a bégayé quelques mots plus tôt que ne l'avait fait sa sœur aînée ;

à huit mois, il avait ses huit incisives; à huit mois et demi, atteint d'une grave bronchite, il a triomphé de l'assaut.

Le 22 novembre, soit à près de onze mois de l'intervention, l'enfant est en excellente forme. Son œil est éveillé et vif; il suit du regard les personnes présentes, reconnaît les visages, prononce un certain nombre de mots, désigne les objets qu'il désire du geste; bref, il n'a pas de retard intellectuel. Depuis longtemps, il se tient assis dans son petit fauteuil; mis debout sur ses jambes, avec un point d'appui, il reste ferme et droit. On n'a pas encore tenté de le faire marcher.

A aucun moment, il n'a eu de rétention urinaire ou fécale. Les réflexes patellaires sont normaux; la sensibilité aux membres inférieurs n'est pas abolie et ne semble pas exaltée. Pas de troubles trophiques.

La fontanelle est encore assez large, elle n'est pas saillante. Aucun degré d'hydrocéphalie.

La cicatrice lombaire est affaissée. La fente osseuse, autant qu'on peut juger à travers l'épaisseur des parties molles, s'est rétrécie; elle répond en hauteur à la 3e, 4e et peut-être 5e lombaire.

Le résultat physiologique est idéal, et il n'est plus présomptueux de l'espérer définitif.

Etat au 16 septembre 1911. Près de vingt et un mois après l'opération, André L... se porte bien.

La tête est forte, elle n'est pas disproportionnée: la fontanelle presque fermée. Jamais de phénomènes cérébraux : céphalée, inégalité pupillaire, agitation nocturne, cris hydrencéphaliques, pouls lent, vomissements ou paralysie; jamais de convulsions, pas même au cours d'une bronchite grave et fébrile contractée à huit mois et demi.

Suivant l'entourage, le mioche a plus d'esprit qu'un enfant de son âge; aux yeux de l'observateur désintéressé, l'intelligence paraît ordinaire; la parole normale sans bredouillement ni bégaiement; le vocabulaire assez étendu. A coup sûr, André L... n'est pas un arriéré intellectuel.

La marche a été tardive, à dix-neuf mois; elle est encore un peu incertaine. De ce côté, il y a donc retard.

Réflexes rotuliens réguliers. Tous les appareils fonctionnent bien. L'état général est excellent.

La cicatrice cutanée, vestige d'une incision faite un peu à gauche de la ligne médiane, est très déjetée à droite. Dans la profondeur, la dépression correspondant à la brèche osseuse ancienne est fort étroite; le rachis est clos ou bien près de l'être.

En résumé, M. Douriez a opéré par mesure de prévoyance un enfant de vingt jours, dont le spina était recouvert à moitié de peau saine, et s'est servi de cette peau saine pour remplacer le tissu de cicatrice qui adhérait par sa face profonde à la moelle et aux nerfs, organes qui furent ménagés el refoulés dans le canal rachidien.

L'observation du Dr Douriez pose à nouveau devant notre Société la question des indications et des contre-indications opératoires en matière de spina bifida, et c'est cette question encore des plus controversées que je vais essayer de résoudre.

En thèse générale, l'opération est passible de graves reproches; la mortalité opératoire est élevée (choc, hémorragie, écoulement du liquide céphalo-rachidien et méningite consécutive); mais ce qui tend surtout à la faire condamner par de nombreux auteurs, ce sont les suites éloignées, qui sont trop souvent lamentables (hydrocéphalie, idiotie, troubles paralytiques, troubles trophiques).

Je vous rappellerai qu'en 1901 cette question a été le sujet d'un rapport de M. Broca, à propos de deux observations présentées, l'une, par M. Letoux (de Nantes); l'autre, par M. de Rouville (de Montpellier). La conclusion de M. Broca s'appuyant sur son expérience personnelle est qu'en matière de spina bifida l'opération d'urgence pratiquée en vue d'éviter la rupture ou de remédier à celle-ci, ne doit pas avoir sa place dans la pratique d'un chirurgien raisonnable, parce que, parmi tous les sujets opérés dans ces conditions par M. Broca, il n'en est pas un revu à assez longue échéance qui n'ait été retrouvé soit idiot, soit infirme. M. Broca ne réserve l'opération qu'à ceux dont la tumeur est recouverte d'une peau épaisse et solide, c'est-à-dire, en somme, à ceux qui pourraient très bien s'en passer. M. Broca ne le dit pas, mais si j'ai bien saisi sa pensée, il ne doit plus souvent faire d'opération de ce genre, et sans doute doit-il borner sa thérapeutique au traitement palliatif au moyen d'une pelote protectrice.

A la suite de ce rapport, M. Walther cita un cas qui lui paraissait favorable à l'opération d'urgence. Son opéré, à l'âge de deux ans, présentait certes un certain degré d'hydrocéphalie, mais qui n'augmentait pas; l'enfant n'était pas idiot, il était seulement d'intelligence faible. Les jambes, d'abord faibles, avaient pris de la force, etc.

M. Potherat cita de son côté un cas des plus intéressants dans lequel il intervint alors que la poche rompue depuis une huitaine de jours était tapissée de fausses membranes (le kyste très volumineux, s'était rompu pendant l'accouchement). Grâce à la flaccidité de la poche, il était facile de se rendre compte que la fissure vertébrale était étroite; il n'y avait ni pieds bots, ni trace d'hydrocéphalie. M. Potherat put disséquer le sac, qui ne contenait ni moelle ni filets nerveux, le pédiculiser et le lier. Par-dessus, il sutura les tissus fibreux et la peau en ayant soin que la suture cutanée ne correspondît pas avec la suture profonde. Trois mois

après, l'enfant n'avait ni paralysie ni trace d'hydrocéphalie. Il serait intéressant de savoir ce qu'est devenu cet enfant à l'heure actuelle, car constater au bout de trois mois que l'opéré paraît normal n'est pas un fait capable d'infirmer l'opinion émise par M. Broca.

Les autres observations publiées dans nos Bulletins, celle de M. Dupraz (rapport de M. Potherat), celle de M. Paul Delbet (rapport de M. Picqué), ont trait à des enfants opérés avec succès, mais à froid si j'ose dire, c'est-à-dire un temps assez long après la naissance et en dehors de toute urgence, et revus un temps assez considérable (trois ans et demi et seize mois) après l'opération dans un état aussi satisfaisant que possible. Il est à noter que, dans ces deux derniers cas, il s'agissait de tumeurs de petit volume, avec conditions opératoires favorables.

De ces différents faits, il résulte ceci : c'est que l'opération peut être faite avec succès, même lorsqu'il s'agit de poches volumineuses déjà rompues ou prêtes à se rompre et que, d'autre part, l'hydrocéphalie et les paralysies peuvent faire défaut, tout au moins dans les premières années. C'est là un résultat satisfaisant sans doute, mais les résultats éloignés sont-ils aussi bons et ne peut-il survenir de complication à longue échéance? L'enfant est guéri de sa tumeur, mais ne peut-il, dans la suite, vers quatre ou cinq ans, voire plus tard, présenter des lésions nerveuses? C'est à cette question que je vais essayer de répondre.

Tout dernièrement, le professeur Frœlich présentait à la Société médicale de Nancy deux sujets atteints de spina bifida et ayant respectivement dix et douze ans. L'un avait été opéré à six semaines, l'autre avait été traité par l'expectation. Or, l'enfant opéré a présenté, quatre ans après l'opération, de l'incontinence d'urine et des matière fécales, ainsi que des pieds creux varus équins, qui rendent sa marche très pénible. Il présente en outre un mal perforant au niveau de l'ischion droit.

L'enfant non opéré présente seulement une légère incontinence d'urine et des pieds creux légèrement varus, qui ne gênent que très peu la marche.

M. Frœlich n'hésite pas à conclure que l'opération a aggravé des lésions nerveuses et que le traitement de choix consiste dans l'expectation.

Avant de connaître le travail de M. Frœlich, j'avais été conduit il y a déjà longtemps à la même conclusion par l'observation d'un jeune homme opéré par M. Delagenière, qui, avec son amabilité coutumière, a bien voulu me communiquer ses notes et m'autoriser à les publier quand je le jugerais à propos. L'occasion me paraissant favorable, je vous demande la permission de vous citer

ce cas tout au long. La chose est d'autant plus indispensable que la conclusion précédente est peut-être un peu risquée et ne s'appuie que sur une impression et sur des nuances.

Spina bifida de la région lombo-sacrée. Extirpation de la poche et autoplastie osseuse, puis consécutivement : pieds bots traités par la tarsectomie. Guérison (obs. de M. Delagenière, du Mans).

Le nommé F..., Paul, âgé de sept ans, m'est adressé par le Dr Leuillieux (de Conlie) pour des troubles trophiques consécutifs à un spina bifida.

Les renseignements que nous pouvons avoir sont assez vagues. Nous apprenons cependant que l'enfant est né avec sa tumeur, qu'à sa naissance cette tumeur était grosse comme un œuf de poule, qu'elle gonflait lorsque l'enfant criait, qu'à plusieurs reprises elle s'est enflammée et qu'elle s'est même crevée laissant s'écouler un liquide comme de l'eau. L'enfant s'est développé assez normalement, mais il a marché très tard. Puis les parents se sont aperçus qu'il urinait au lit. Depuis un an, il a de la peine à se tenir debout, ses pieds se dévient et présentent, sur les parties où la pression du poids du corps s'exerce, des excoriations qui guérissent avec la plus grande difficulté.

État actuel. — L'aspect de l'enfant est médiocre. Depuis un an, il se développe moins bien. Il marche avec difficulté, s'appuyant difficilement sur ses pieds, qui présentent des plaies ulcérées.

L'intelligence paraît diminuée, elle est à coup sûr inférieure à celle d'un enfant du même âge.

Il n'y a pas de phénomènes de paralysie, mais cependant les pieds se contournent en varus et les péroniers latéraux répondent mal à l'électricité.

La sensibilité est très émoussée surtout à la plante des pieds, qui ne perçoivent ni les piqûres ni les brûlures.

Rien à noter du côté des organes des sens.

Du côté des viscères, on constate que le sphincter de l'anus est paralysé, l'anus est complètement béant. Il y a de l'incontinence diurne et nocturne.

Sur les deux pieds, on trouve des troubles trophiques caractérisés par des phlictènes remplies de pus et groupées sur les deux bords externes. Ces phlictènes se rompent laissant à leur place une ulcération qui se guérit, mais on ne tarde pas à voir une nouvelle phlictène se former à côté de l'ancienne. Au niveau de ces ulcérations, la peau a perdu sa sensibilité : on peut en effet enfoncer une épingle dans l'ulcération sans provoquer de la douleur.

La tumeur occupe la région lombo-sacrée. Elle est médiane, du volume du poing. La peau qui la recouvre a un aspect violacé et présente des marbrures et des traces des cicatrices des plaies qui se sont guéries. La tumeur est légèrement ovale à grand axe dirigé dans le sens de la colonne vertébrale. Elle est fluctuante, transparente et irréductible. Sa tension diminue quand on met l'enfant la tête en bas. L'orifice osseux paraît large comme une pièce de 10 centimes.

Opération. — Le 6 mars 1893. Sont présents MM. les Drs Bolognési, Mascarel, Leuillieux, Persy et Sursin.

Le malade est placé sur le plan incliné à 45 degrés, dans le but d'éviter un écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien pendant l'opération. Je fais une incision médiane de 10 centimètres sur la tumeur, dans l'axe de la colonne vertébrale. Je dénude et dissèque la poche jusqu'au pourtour de l'orifice osseux. J'ouvre alors cette poche. Il s'en écoule du liquide céphalo-rachidien très clair, et on voit sur les parois des petits filaments nerveux qui se groupent en faisceaux en arrivant vers l'orifice osseux. Je saisis ces faisceaux nerveux en masse et les isole par une dissection patiente du pourtour de l'orifice osseux, puis je les refoule dans le rachis. Je poursuis alors la dissection du collet du sac aussi loin que possible, de façon à placer un fil à boucle passé au ras de la base des filets nerveux disséqués. Le fil est ainsi placé puis serré, enfin, le sac est sectionné. L'orifice osseux apparaît alors béant. Il est large comme une pièce de dix centimes. Ses bords tapissés par un périoste d'aspect fibreux. Ce périoste se perd insensiblement avec les muscles voisins, mais on peut tailler de chaque côté un lambeau assez grand pour venir en s'adossant sur la ligne médiane combler l'orifice osseux. Je taille donc de chaque côté un lambeau rectangulaire que je rabats une fois disséqué sur l'orifice osseux, recouvrant cet orifice avec la face externe, tandis que la surface cruentée deviendra en contact avec les tissus. Les deux lambeaux ainsi renversés sont unis l'un à l'autre sur la ligne médiane par quelques points de suture. La peau est ensuite réunie et un petit drain est placé dans l'angle inférieure de la plaie.

Les suites de cette opération sont normales, l'enfant guérit sans incident et quitte la clinique au bout de quinze jours.

Suites éloignées. — Le résultat de l'opération paraît avoir été favorable pendant les premiers temps qui ont suivi. Les plaies des pieds se sont guéries; l'enfant a pris de la force, a mieux marché, les selles sont devenues volontaires, mais l'incontinence d'urine a continué. Au bout de quelques mois, l'enfant est pris de contractures et de douleurs dans les membres inférieurs, et ces contractures ont pour résultat d'exagérer les déformations des pieds. Un confrère consulté veut alors combattre la déformation des pieds au moyen d'appareils à armatures et contreforts. La déformation s'accentue et la marche finit par devenir impossible sans béquilles. Les années se succèdent sans grand changement dans l'état du malade, qui peut cependant apprendre un métier et devenir horloger. Mais au bout de quelque temps, il se forme de nouvelles plaies aux deux pieds, et ces plaies rendent la marche presque impossible. C'est pour cette raison que le malade revient me consulter au mois de septembre 1904.

État en 1904. — L'état général du malade est satisfaisant. Il paraît s'être bien développé. Son intelligence paraît normale, il rend bien compte de ses misères et demande seulement qu'on puisse lui guérir les plaies de ses pieds qui le font souffrir et l'empêchent de marcher avec ses béquilles. Il n'a plus d'incontinence du sphincter de l'anus et

retient habituellement ses urines. Du côté de son opération, la cicatrice est très satisfaisante. Il s'est fait au-dessus de l'orifice osseux une plaque dure qui a complété en arrière la colonne vertébrale. Mais, du côté des pieds, les déformations se sont très accentuées.

Pied droit. — Le pied droit est en varus équin, complètement enroulé sur le bord interne. Il présente une plaie ulcérée sur la saillie que fait l'astragale et sur laquelle porte le poids du corps dans la marche.

Pied gauche. — Le pied est en talus, c'est-à-dire qu'il ne pose à terre que par le talon. Sur ce talon, on trouve une plaie ulcérée présentant tous les caractères d'un mal perforant. Sur la radiographie, on peut voir que le calcanéum a basculé en arrière et que son grand axe continue celui du tibia. L'astragale a été entraînée en arrière et est venue appliquer sa surface articulaire sur la face antérieure du tendon d'Achille. Le tarse s'est incurvé en avant et les orteils se sont mis en griffes.

Opération. — Le 28 septembre 1904. Sont présents les Drs Pitot, Meyer, Leuillieux, Naveau, Dieu et Sinan.

Pied droit. 1° Incision dorsale et ablation de l'astragale et de tous les os du tarse, sauf le calcanéum.

2° Section du tendon d'Achille. Le pied est alors facilement refoulé et placé dans un appareil plâtré.

Pied gauche. En arrière, descendant sur le tendon d'Achille, aplati et élargi par la pression de l'astragale, je mène une incision qui fend le tendon en deux parties que je fais écarter l'une de l'autre. L'astragale est mise à nu et enlevée par morcellement. Je peux alors refouler le calcanéum en place, redresser le pied et l'immobiliser dans un appareil plâtré.

Les suites de cette opération ne présentent rien de particulier. Le résultat obtenu pour le pied droit est satisfaisant. Le malade peut poser le pied sur le sol et prendre contact avec le talon, le gros orteil et le bord externe. A gauche, le résultat est moins bon. Le calcanéum a repris en partie sa situation vicieuse, de sorte que le malade appuie encore presque exclusivement sur le talon, ce qui a pour conséquence d'entretenir non cicatrisée la plaie du talon.

En 1905, pendant que j'étais l'assistant de mon excellent maître, M. Reynier, à l'hôpital Lariboisière, ce malade est venu échouer dans nos salles pour ses maux perforants, et j'ai pu compléter l'observation de M. Delagenière, par la note suivante :

État actuel (25 novembre 1905). — F... paraît très bien portant. Le thorax et les membres supérieurs sont bien constitués. En revanche, les membres inférieurs sont le siège d'une atrophie assez marquée, de troubles trophiques et de déformations.

L'examen de la *sensibilité* montre qu'il existe une *anesthésie* presque complète des fesses, de la région sacro-coccygienne, du pourtour de l'anus, des bourses, de la face postérieure des cuisses. *Hyperesthésie*

au niveau du mollet et anesthésie plus ou moins accusée dans le domaine des deux nerfs sciatiques.

En somme, troubles prononcés de la sensibilité dans le territoire des racines sacrées.

La *motilité* est des plus troublées; il y a *contraction* des tendons du jarret, ce qui empêche le malade d'étendre complètement les jambes et le force à marcher avec les genoux demi-fléchis.

Les *sphincters* de la vessie et de l'anus ne fonctionnent pas normalement. Le malade ne peut se retenir et souvent ne s'aperçoit pas de l'expulsion des urines et des matières fécales.

Érection et éjaculation normales.

Réflexes rotuliens exagérés.

Pieds. — Le *droit* est en varus peu prononcé, avec durillon ulcéré au niveau de l'externe postérieur du 5e métatarsien.

Le gauche est dévié en talus et se dévie de plus en plus au dire du malade. Le mal perforant au talon a les dimensions d'une pièce de deux sous.

Les pieds, à peu près ankylosés dans les articulations des os du tarse entre eux et avec les os de la jambe, sont ballants dans les articulations de l'avant-pied.

Le malade ne remue ses orteils qu'avec peine.

Telle est cette intéressante observation. Sans doute, elle doit se rapprocher par plus d'un point de celle de M. Frœlich et probablement cet auteur concluerait-il de ce fait comme du sien que l'opération est plutôt nuisible. Cette conclusion est-elle absolument légitime? C'est assez contestable; certes, je dois avouer que c'est elle que j'avais adoptée en voyant à Lariboisière l'opéré de M. Delagenière, parce qu'à cette époque je manquais de renseignements sur l'état du malade avant l'opération; mais après avoir lu l'observation si minutieuse de notre collègue, je me garderai bien de formuler la même appréciation, car il est très certain que tous les troubles constatés après l'opération existaient en germe avant celle-ci. Ce qui est évident, en revanche, c'est que l'opération n'a pas empêché ces troubles nerveux de s'aggraver; mais dire que l'opération a exagéré ces troubles dépasserait, je crois, les inductions permises. C'est pourtant, je le répète, ce que n'a pas hésité à faire dans un cas analogue M. Frœlich, mais je crois qu'en thèse générale, à la condition qu'on ait respecté les éléments nerveux, cette opinion est contestable, ou du moins, pour être prouvée, devrait s'appuyer sur des exemples plus nombreux.

Ceci posé, voyons quelles sont les indications opératoires dans le spina. *A priori*, les indications peuvent être de quatre ordres : d'ordre fonctionnel, d'ordre esthétique, d'ordre vital, d'ordre préventif.

La raison d'ordre fonctionnel, c'est-à-dire l'espoir d'améliorer les troubles nerveux préexcitants, doit être tranchée, par la négative. On peut espérer que les troubles actuels n'augmenteront pas, mais on ne peut espérer les voir disparaître.

La raison d'esthétique ne saurait être admise en thèse générale, mais peut être acceptée dans des cas particuliers, lorsqu'il est présumable que l'ablation de la tumeur sera absolument innocente. Voici, par exemple, la photographie d'un jeune homme de dix-neuf ans porteur d'un spina de la région cervicale pour lequel je fus consulté quelque temps après sa naissance. A cette époque, je n'osai pas intervenir pour des raisons multiples, notamment parce que la tumeur communiquait largement avec le canal rachidien, et comme il n'y avait aucune urgence, aucune indication vitale, je conseillai l'abstention. Actuellement, ce jeune homme est bien constitué et absolument normal, à part un certain degré de cyphose que l'on voit bien sur la photographie de profil. Sa tumeur, qui a le volume et l'aspect d'une grosse figue flétrie, ne doit plus avoir avec le canal rachidien que des connexions assez vagues; il serait, je crois, facile de l'enlever sans danger, et s'il s'agissait d'une jeune fille du monde, je crois que l'opération serait légitime, mais comme il s'agit d'un paysan, que sa tumeur le fera sûrement exempter du service militaire, je ne me suis point hasardé à lui proposer la partie; il mourra sans doute avec sa tumeur, qui ne le gêne guère. La raison d'esthétique peut se doubler d'une raison d'utilité lorsqu'il s'agit de tumeurs d'un volume considérable, tumeurs en besace, mal placées et gênantes, lorsque leurs connexions avec le rachis sont devenues problématiques comme dans toutes les tumeurs anciennes.

Relativement à l'indication vitale, après le fait de M. Walther, après celui de M. Potherat, je considère la question comme tranchée en faveur de l'affirmative.

Enfin l'indication peut être fournie par une raison de prévoyance, et c'est à cet ordre d'idée qu'appartiennent les faits les plus nombreux, ceux dans lesquels on intervient pour prévenir une rupture possible. Le fait de M. Douriez appartient à cette catégorie.

Il nous reste à poser maintenant les contre-indications. Celles-ci, en général, sont des plus nettes : c'est d'abord l'hydrocéphalie confirmée; un simple soupçon d'hydrocéphalie nous obligera à attendre. C'est ensuite la coexistence de malformations graves telles que des pieds bots, incontinence, exstrophie de la vessie. C'est enfin une débilité trop considérable, car il ne faut pas oublier que l'opération est assez traumatisante.

En résumé, opérer d'urgence les spina bifida prêts à se rompre ou déjà rompus, chez des enfants bien constitués et paraissant

vouloir vivre; opérer à tête reposée ceux dont le volume ou la situation sont gênants, lorsqu'il n'existe ni paralysies ni troubles trophiques, ne pas toucher aux sujets suspects d'hydrocéphalie, aux hydrocéphales confirmés, ni à ceux qui présentent des lésions médullaires graves, des difformités concomitantes ou qui sont simplement cachectiques.

Présentations de malades.

Rétrécissement de l'œsophage par brûlure. Gastrostomie et dilatation.

M. Robineau. — Voici un malade qui présente quelques analogies avec le petit opéré présenté par M. Sebileau, dans la dernière séance. Il y a sept ans, en juin 1904, il avala de la potasse en solution concentrée; il était alors âgé de seize ans et demi. Deux mois plus tard, ne pouvant plus déglutir, il vint se faire soigner à Beaujon; l'exploration de l'œsophage montrait une sténose de l'extrémité inférieure, infranchissable même aux plus fines bougies. L'œsophagoscopie n'était pas alors d'un usage courant dans les hôpitaux, nous étions dans la période des vacances, et je dus me passer de ce mode d'exploration.

Comme il y avait encore un peu d'œsophagite, je pratiquai le 6 septembre une gastrostomie, autant pour mettre l'œsophage au repos que pour alimenter le malade, car il dépérissait. Quinze jours plus tard, je réussis, après quelques essais, à passer une bougie n° 7 et pendant la première semaine je laissai les sondes à demeure. La dilatation fut poursuivie, mais au prix de bien des difficultés, et pourtant ce garçon apportait toute la patience et la bonne volonté possibles; si parfois je gagnais un ou deux numéros sur le cathétérisme précédent, il m'est arrivé de rester quinze jours au même point ou de rétrograder. Bref, j'ai mis plus de quatre mois à dilater l'œsophage jusqu'au n° 42. Je suis persuadé qu'avec le secours de l'œsophagoscopie ces manœuvres eussent été facilitées et j'aurais gagné du temps.

En avril 1905, le calibre œsophagien paraissant se maintenir, l'alimentation normale étant facile, je fermai l'orifice gastrique, et j'ai pu faire quelques constatations intéressantes sur l'état anatomique de la bouche artificielle. J'avais pratiqué une gastrostomie suivant le procédé de Terrier, et la bouche avait été parfaitement continente. Il s'était formé, en effet, entre l'estomac et la peau un canal muqueux long de trois centimètres environ, doublé de muscles sur toute sa hauteur; dans la partie superfi-

cielle, le grand droit constituait un sphincter épais dont les fibres s'inséraient sur le canal muqueux ; plus profondément existait un véritable anneau musculaire formé par la couche musculeuse de l'estomac, mais n'adhérant pas au canal muqueux. L'oblitération de ce dernier, après isolement, fut faite par une simple ligature.

Après cette seconde opération, je n'ai pas abandonné mon malade, mais j'ai lutté contre la récidive de la sténose par des cathétérismes fréquents d'abord, puis espacés de trois en trois mois. J'ai cessé en 1907, trois ans après la brûlure, le jour où la sonde n° 42 a pu être introduite d'emblée.

Le seul trouble accusé actuellement par le malade est le suivant : lorsqu'il mange très vite et de très gros morceaux, l'un d'eux s'arrête parfois quelques instants à la partie inférieure de l'œsophage.

M. Bazy. — Le fait que signale M. Robineau, à savoir la plus grande facilité de cathétérisme œsophagien après gastrostomie, je l'ai observé il y a bien longtemps et du reste il était bien connu.

Il est à rapprocher de ce qu'on observe chez les rétrécis uréτraux, chez qui on passe plus facilement des bougies après cystostomie, quand cette cystostomie a été pratiquée dans des cas de rétrécissement dits infranchissable.

L'arthrectomie dans les arthrites blennorragiques interminables du genou.

M. H. Morestin. — Dans quelques cas, fort rares à la vérité, l'arthrectomie du genou peut être une opération utile, nécessaire même, pour mettre un terme à certaines arthrites blennorragiques particulièrement tenaces et douloureuses.

Ces arthrites, soit que l'infection ait été extrêmement sévère, soit qu'elle ait rencontré un organisme ou un organe en état de moindre résistance, soit que le traitement ait été institué d'une façon tardive ou que le traitement initial ait été défectueux, ces arthrites ne veulent pas guérir et semblent se refuser à la terminaison par ankylose complète. Elles traînent pendant des mois, malgré des soins assidus ; le temps passe sans apporter de changement à cette situation ; le sujet est un véritable infirme ; il est impotent ; il souffre cruellement à toute tentative de mobilisation, et les légères améliorations obtenues au prix des efforts les plus patients sont très éphémères. Les choses semblent s'éterniser

ainsi; l'arthrite est littéralement interminable. Dans ces conditions, l'opération, qui peut supprimer les masses fibreuses périarticulaires, les débris de la synoviale, et procure avec certitude une rapide ankylose, constitue une ressource précieuse, l'ankylose étant désormais ce que l'on peut espérer de meilleur pour le malade.

J'ai déjà insisté sur cette indication de l'arthrectomie du genou dans mon livre sur la Chirurgie générale des articulations. J'y reviens brièvement aujourd'hui en vous présentant deux malades. Ce sont les seuls cas où j'ai fait l'arthrectomie pour arthropathies d'origine blennorragique, et dix ans séparent les deux opérations. Ceci montre assez combien dans ma pensée sont peu fréquentes les circonstances où l'on est autorisé à pratiquer cette intervention, importante et délicate, il faut bien le reconnaître, et avec quel soin on doit peser le pour et le contre avant de s'y déterminer.

Voici mes deux observations :

I. Une jeune femme de vingt ans, Jeanne C..., papetière, entre à Saint-Louis le 18 février 1901, pour une arthrite du genou gauche, arthrite très douloureuse qui, depuis plus de dix-huit mois, l'oblige à garder le lit. Le début de la maladie remonte, en effet, au mois d'octobre 1899. Jeanne C... fut prise à cette époque d'un « rhumatisme » coïncidant avec des pertes jaunâtres abondantes, des mictions fréquentes et douloureuses. L'épaule, le cou-de-pied et le genou du côté gauche furent simultanément frappés; du côté des deux premières jointures, les accidents furent légers et se dissipèrent au bout de quelques jours. Il n'en fut pas de même au genou. Là, le gonflement fut considérable et les douleurs excessives. De plus, la maladie localisée à cette jointure ne montra aucune tendance à la régression. Après trois mois de soins à domicile, la malade se fit porter à Saint-Antoine, où elle séjourna un trimestre. Elle en sortit avec le genou enraidi, dans la rectitude, souffrant toujours et boîtant beaucoup. Elle devient enceinte, et pendant toute sa grossesse l'état de sa jointure ne se modifie point. L'accouchement a lieu le 11 janvier, et cet événement n'influence en rien l'articulation malade. Celle-ci se trouve exactement dans l'état où elle était un an auparavant. Le genou est augmenté de volume, mais pas énormément. Il contraste surtout avec la cuisse amoindrie, aplatie, flasque, en raison de l'atrophie qui a frappé le triceps et réduit considérablement ses masses musculaires. La jambe est, par contre, le siège d'un œdème chronique, léger quand le membre reste immobile, allongé horizontalement, très accentué lorsqu'il y a eu quelque tentative de marche. La

palpation ne permet pas de délimiter les extrémités osseuses. Elles sont enfouies dans une gangue épaisse, ferme, et semblent confondues entre elles et avec les parties avoisinantes, comme si dans la région tout ne formait plus qu'un bloc unique. Il n'y a ni fluctuation ni point sensible à la pression. Tout est sec, dur. Cet empâtement diminue peu à peu, sur la cuisse d'une part, la jambe de l'autre, et graduellement les parties molles retrouvent leur souplesse. Le genou offre donc à un haut degré la consistance particulière des arthrites plastiques à une période avancée de leur évolution. Les pressions exercées directement sur l'articulation sont à peine douloureuses. Il n'en va pas de même pour les manœuvres qui tendent à fléchir la jambe sur la cuisse. Ce genre d'exploration détermine les souffrances les plus vives.

Ces tentatives ne permettent d'ailleurs pas de percevoir le plus léger déplacement de la jambe sur la cuisse. Il semble que les os soient fusionnés. L'ankylose n'est pourtant pas complète puisque les douleurs sont réveillées d'une façon constante par la recherche de la mobilité. Il est certain que d'obscurs mouvements se passent encore dans l'article, trop limités pour être nettement appréciables.

La santé générale était excellente, les autres jointures parfaitement saines; pas d'engorgement ganglionnaire à la racine du membre malade. A relever simplement des pertes blanches assez abondantes et « la goutte urétrale ». Le diagnostic était bien évident. Il s'agissait d'une arthrite blennorragique, plastique ankylosante, absolument typique. Toute l'histoire de la maladie plaidait en ce sens.

Le cas était particulièrement mauvais, et, dans l'état où se trouvait cette femme, on ne pouvait guère obtenir le retour de la mobilité. La radiographie pouvant fournir quelques renseignements sur l'état des os, on fit l'examen à l'aide des rayons X. Les épreuves montrèrent que les os n'avaient subi aucun changement dans leur forme ou leur volume, et qu'ils étaient nettement distincts, séparés par un intervalle identique à celui qu'on apercevait sur l'image du genou normal. Du mois de février au mois de mai, J. C. fut soumise à divers traitements : bande élastique, extension continue, bains sulfureux, chauffage articulaire, tentatives de mobilisation prudente, conduite avec lenteur et douceur extrême à l'aide d'une double traction élastique ou de poids. Aucune amélioration ne fut obtenue, chaque essai nouveau semblait procurer un léger bénéfice, mais combien précaire? De fait, le résultat de tous nos soins fut insignifiant.

L'immobilisation rigoureuse fut imposée pendant un mois, mais au bout de ce temps l'articulation restait tout aussi douloureuse.

On avait intercurremment soigné et guéri la vaginite et l'uréthrite, sans que la disparition de ces accidents eût la moindre influence sur l'état du genou.

Ainsi la maladie évoluait depuis près de vingt mois, rebelle à tous les traitements mis en œuvre. J. C. n'avait pu pendant cette longue période marcher autrement qu'avec des béquilles. Or, dans l'état où était le genou, et après insuccès de tous les modes de traitement, on ne pouvait plus espérer d'autre terminaison que l'ankylose. Il était très certain que les choses aboutiraient là à la longue. Mais quand? Puisque la restauration fonctionnelle était, selon toute vraisemblance, complètement impossible, il nous parut sage d'accepter, sans plus lutter, la nécessité de cette ankylose définitive, et même de l'établir rapidement pour faire cesser les douleurs et mettre cette pauvre femme en état de marcher et travailler.

Je décidai donc de pratiquer l'arthrectomie, c'est-à-dire l'extirpation de la synoviale malade, des cartilages articulaires et des ligaments.

Cette opération eut lieu le 13 mai et au point de vue de la technique ne présenta rien de bien particulier : incision transversale des téguments, rotule sciée également en travers, dissection et extirpation du cul-de-sac sous-tricipital, section des ligaments, ablation des ménisques, de la partie poplitée de la synoviale, « préparation » du fémur et du tibia, dépouillés de leur cartilage articulaire. Suture au catgut du manchon fibreux périarticulaire et des deux fragments de la rotule. Drainage et sutures superficielles. Membre placé sur une attelle de Bœckel; pas de ligatures.

La synoviale enlevée était d'une épaisseur énorme et formait une coque rigide, inextensible, dont la cavité était réduite, contenant une très faible quantité de liquide séreux. Les surfaces articulaires étaient en grande partie dépourvues de cartilage et montraient à nu le tissu osseux, inégalement déprimé au niveau de ces pertes de substances cartilagineuses. De larges adhérences fibreuses, très solides, unissaient les os, s'insérant principalement aux surfaces précitées. Le tissu osseux était lui-même très altéré, ayant perdu beaucoup de sa consistance, au point qu'il fut très facile avec un simple bistouri de peler les extrémités du fémur et du tibia. L'instrument passait dans le tissu osseux qui se laissait couper sans résistance.

Les suites de l'intervention ont été extraordinairement simples. Et tout d'abord les douleurs ont immédiatement disparu, alors qu'elles étaient réveillées par le moindre changement d'attitude de la malade dans son lit. La plaie a guéri en peu de jours; les fils

ont été coupés et les drains enlevés au bout d'une semaine. La malade s'est levée et a commencé à marcher au bout d'un mois. Le 26 juin, au quarante-troisième jour de l'opération, la malade vint ici à la Société de chirurgie. La marche était déjà facile, complètement indolente, et la malade pouvait se tenir debout toute la journée.

Depuis cette époque j'ai pu revoir souvent mon opérée. Elle n'a plus jamais souffert de son genou. Elle n'a jamais cessé de travailler, de faire de longues marches. Elle a aimé la danse et ne s'en est pas privée. Elle s'est mariée et s'occupe activement de sa maison. Elle monte et descend les escaliers sans peine, et la raideur du genou n'entraîne qu'une imperceptible claudication.

II. Mme M..., âgée de cinquante ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, le 15 décembre 1908. Huit jours auparavant, elle avait été prise de vives douleurs dans le genou droit et s'était vue au bout de quelques heures dans l'impossibilité de se lever, d'effectuer le moindre mouvement. A l'hôpital, on put constater que le genou était globuleux, chaud, empâté, et que la moindre exploration réveillait d'atroces souffrances, alors que dans l'immobilité la douleur cessait complètement. Il n'y avait pas de fièvre. On put constater sans peine l'existence d'un écoulement vaginal abondant, épais et verdâtre. Le diagnostic d'arthrite blennorragique parut donc s'imposer.

On appliqua un grand appareil plâtré qui procura à la malade un notable soulagement. Dans le délai convenable, cet appareil fut retiré, et l'on mit tout en œuvre pour essayer d'assouplir la jointure : compression avec la bande élastique, extension continue, méthode de Bier, massage très méthodique. Quoi que l'on pût faire, le genou demeura très volumineux, très empâté, très dur. La palpation ne permettait même pas de délimiter les extrémités osseuses perdues dans une gangue ligneuse. Le moindre mouvement arrachait des cris terribles à la malade ; chaque fois qu'elle devait se mettre sur le bassin, que l'on voulait arranger son lit, et surtout s'occuper de son genou, c'étaient des scènes affreuses. Au bout de six mois, après les essais thérapeutiques les plus variés et les plus patients, l'on n'avait rien obtenu, la situation restait tout aussi fâcheuse, et il fallait désespérer de rendre à la jointure malade aucun mouvement utile. Or, il s'agissait d'une pauvre femme, obligée de travailler durement, d'une femme grosse, corpulente et même obèse, ayant besoin avant tout de supports indolents et solides. Il fallait en finir avec cette arthropathie qui ne pouvait plus se terminer par la restauration fonctionnelle même partielle et qui n'aboutissait pas spontanément à

l'ankylose, et je pris le parti, songeant au bon résultat que j'avais obtenu autrefois sur ma première malade, de pratiquer l'arthrectomie du genou. Cette opération eut lieu le 12 juin 1909. Une incision assez longue à convexité inférieure découvrit l'articulation, la rotule fut sciée transversalement et je pénétrai ainsi dans la jointure qui était profondément altérée.

La synoviale était méconnaissable, tout n'était plus qu'adhérences, brides épaisses, amas fibreux. Le processus de sclérose s'étendait à tous les tissus périarticulaires. Les cartilages étaient en partie détruits, et de gros tractus fibreux reliaient les surfaces articulaires. Les os étaient devenus tellement friables que le bistouri les entamait sans effort. Je fis l'ablation de tous les débris de synoviale, de ce tissu fibreux accumulé autour des extrémités osseuses, autant que ce fut possible du moins, et aussi des cartilages. Puis la rotule et le manchon aponévrotique périarticulaire furent suturés au catgut. Je laissai deux drains latéraux. Les suites furent excellentes, comme elles le sont constamment après l'arthrectomie du genou. Sans autre appareil que la gouttière de Bœckel sur laquelle le membre était posé, la consolidation fut obtenue dans le délai de deux mois. Chose remarquable, l'opération marqua la fin des souffrances, et la malade si pusillanime, si difficile à manier, et à laquelle le moindre changement de position arrachait des cris affreux, cessa aussitôt de se plaindre. Dans le courant du troisième mois, elle se leva ; bientôt, elle put se passer de bâton, et, la marche devenant chaque jour plus aisée, au bout de peu de temps, rentrer chez elle et reprendre sa vie habituelle, qui est très laborieuse.

Ainsi chez ces deux malades à une situation infiniment pénible, et pour laquelle on ne pouvait prévoir une terminaison favorable, l'arthrectomie a apporté une solution rapide, acceptable et même heureuse.

Sarcome des téguments de la cuisse. Autoplastie par la méthode italienne à l'aide d'une greffe prélevée sur la paroi abdominale.

M. H. Morestin. — Mme G..., âgée de cinquante ans, est entrée le 2 mai dernier dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, pour une tumeur occupant la face externe de la cuisse droite.

Il y a huit ou neuf ans, on lui avait déjà extirpé une petite masse dure siégeant dans la même région. Depuis trois ou quatre ans, une nouvelle grosseur s'est montrée dans le voisinage immédiat de la cicatrice. Elle a augmenté graduellement, mais l'évo-

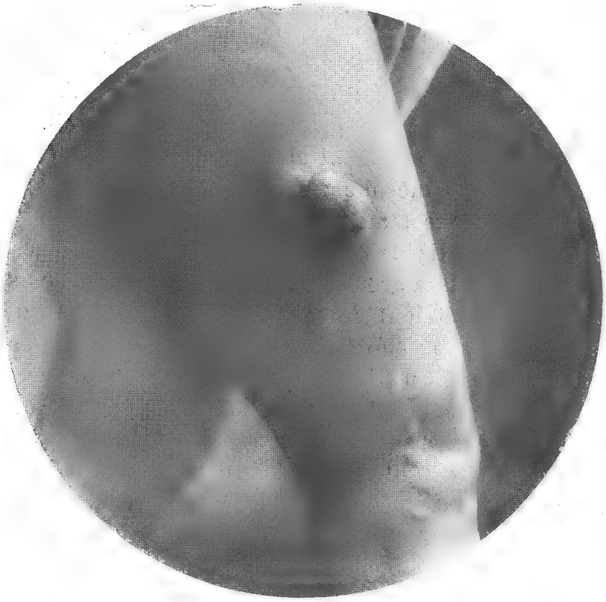


Fig. 1.

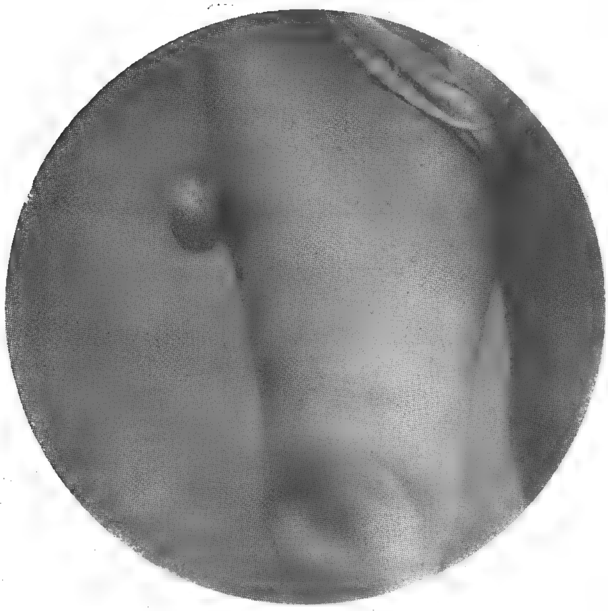


Fig. 2.



FIG. 3

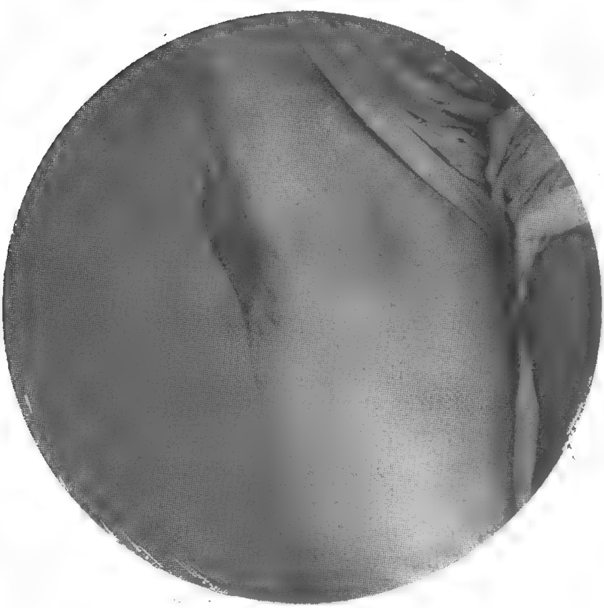


FIG. 4.

lution, d'abord très lente, est devenue de plus en plus rapide. Actuellement, la tumeur est grosse comme une orange. Elle est implantée sur la face externe de la cuisse, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, par un pédicule assez large (fig. 1 et 2). Tout autour de ce pédicule, la peau est infiltrée, épaissie, présente une zone d'envahissement dont les limites sont imprécises, mais qui est certainement fort étendue. Toute cette zone est ocupée par un lacis de veines très superficielles et volumineuses. La tumeur elle-même est très vasculaire, elle offre une coloration générale d'un rouge violet foncé, lie de vin. A sa surface, se montrent de grosses bosselures, dont plusieurs représentent à leur partie centrale une teinte d'un blanc jaunâtre. Aucune partie de la surface n'est ulcérée encore.

Ces bosselures, la coloration violacée, la plaque dure diffuse par laquelle le pédicule se continuait dans l'épaisseur des téguments, l'extrême vascularisation développée dans tout le voisinage imposaient tout de suite le diagnostic de tumeur maligne. Cette tumeur dépendait exclusivement de la peau, qui, malgré son large envahissement en surface, avait conservé sa mobilité sur l'aponévrose sous-jacente. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire; l'état général était excellent; le sujet ne présentait par ailleurs rien d'anormal.

Le 6 mai, je pratiquai l'extirpation de la tumeur, de la plaque dure sur laquelle elle s'implantait et, autour de celle-ci, d'une étendue de peau assez considérable pour avoir la presque certitude de dépasser la zone suspecte. J'extirpai avec soin tout le pannicule adipeux fort épais chez cette malade, en mettant à nu les fibres du *fascia lata*.

La plaie offrait de 10 à 12 centimètres dans tous les sens, étant assez exactement arrondie.

Jusque-là la tâche était facile, mais comment réparer cette vaste brèche?

Je m'adressai à la paroi abdominale, dont plusieurs grossesses avaient fortement distendu la peau, qui était restée lâche et même un peu en excès. Je taillai donc dans l'intention de pratiquer une greffe selon la méthode italienne, sur la paroi, à droite et au-dessous de l'ombilic un très grand lambeau, dont le pédicule était en dehors. La plaie d'emprunt, malgré ses dimensions impressionnantes, put être comblée sur-le-champ, grâce à la laxité des téguments dont je facilitai d'ailleurs la locomotion en les décollant sur une certaine étendue.

Pour adapter le lambeau à la brèche qu'il devait remplir, la cuisse fut fortement fléchie sur le bassin. Je me gardai de serrer immédiatement tous les fils pour éviter une tension excessive; ils

le furent successivement, à mesure que je me rassurais sur la vitalité du lambeau.

Pour maintenir la cuisse dans sa position d'hyperflexion, je me bornai à fixer le pied de la malade à la tête du lit par un lien rattaché à unlarge bas de flanelle, et à soutenir la cuisse par un gros coussin de sable.

La malade supporta patiemment cette attitude pendant trois semaines, après quoi le pédicule fut sectionné.

Du côté de l'abdomen, après avoir aminci ce pédicule, je réunis la plaie: du côté de la cuisse j'achevai d'adapter la greffe, j'en supprimai l'excédent et suturai la tranche cruentée, à la portion correspondante de la brèche avivée préalablement.

Dès lors, les suites furent très simples. Au bout de peu de jours, la malade était debout (fig. 3 et 4). Elle est rentrée chez elle, bien guérie, au commencement de juillet. Les figures 3 et 4 montrent le résultat obtenu.

L'examen de la tumeur, dont mon interne M. Moure a fait de nombreuses coupes, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Les sarcomes de la peau étant rares, cette observation offre par là quelque intérêt.

Il m'a paru en outre que cette application peu banale de la méthode italienne, par prélèvement sur la paroi abdominale d'un vaste lambeau destiné au membre inférieur, méritait de vous être communiquée.

Rhinoplastie.

M. Ombrédanne présente un enfant, dont une morsure de chien avait enlevé le lobule et le tiers antérieur des ailes du nez.

L'autoplasie fut faite par la méthode italienne.

Le lambeau fut pris sur l'avant-bras.

Le résultat est véritablement très satisfaisant grâce à la perfection du raccordement du lambeau avec la sous-cloison et les ailes du nez.

Fracture oblique du tiers inférieur de l'humérus, avec paralysie immédiate du nerf radial. Ouverture secondaire du foyer de la fracture. Désenclavement du nerf. Guérison au bout de dix mois.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous montrer un malade qui me paraît intéressant par la nature et la complication de sa fracture et le résultat obtenu par l'intervention pratiquée.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, manœuvre embauché à la Compagnie d'Orléans et qui le jour même de sa prise de fonction est tamponné par une locomotive, renversé sur le côté et se fracture le bras droit en tombant sur les rails.

C'était le 2 janvier 1911. Il fut amené dans mon service.

Je constatai une fracture oblique du tiers inférieur de l'humérus droit, un chevauchement considérable des fragments, gonflement énorme du bras par un épanchement considérable de sang. Le blessé présente depuis sa fracture une paralysie totale des extenseurs de la main et des doigts. Il s'agit donc d'une fracture compliquée de lésion du nerf radial par les fragments soit compression, soit déchirure.

Il fut aussitôt radiographié; la radiographie nous montre la fracture oblique, un chevauchement du fragment supérieur en dehors et en bas. Je fis des manœuvres de réduction sous chloroforme, des tractions pour dégager le nerf s'il était simplement comprimé ou embroché; puis j'appliquai un appareil ouaté avec traction élastique pour maintenir le résultat. La paralysie ne disparaît pas. Le bras restant trop gonflé pour pouvoir intervenir, j'appliquai un appareil plâtré à traction d'Hennequin, qui fut renouvelé et enlevé le 24 février. La fracture était consolidée en bonne situation, mais nous avons un très gros cal et la paralysie radiale persistante et totale. On fait un examen électrique des nerfs et des muscles, et l'on constate des signes de réaction de dégénérescence. Je décide d'intervenir maintenant que le bras est dégonflé et le blessé en bon état.

Opération le 25 février 1911 sous chloroforme. Je vais chercher le nerf radial en dedans du long supinateur puis, une fois trouvé, je le suis assez haut; il pénètre dans le cal où il devient pour ainsi dire filiforme (diamètre de 1 millimètre à 1 millim. 5) enserré dans un canal osseux que je suis obligé de sculpter sur une longueur de 6 centimètres environ; en haut, une sorte d'épine osseuse s'enfonce dans le nerf; le calibre redevient normal et le nerf paraît sain; quand le nerf est totalement dégagé, il présente sur une longueur de 5 à 6 centimètres environ une partie absolument amincie puis un gros renflement cicatriciel (névrome) à la partie supérieure au-dessus de l'endroit où il recommence à être normal; je ne fais aucune résection, aucune suture et interpose entre l'os et le nerf une couche de muscles et de tissu fibreux pour qu'il ne risque pas d'être remis au contact du cal : je réunis les muscles sectionnés en long au catgut, puis la peau; aucun drainage.

Appareil ouaté compressif sur le coude et le bras. Dès les jours suivants, je fais commencer les séances d'électrisation faradique

et continue, en même temps que bains chauds et massages; et cela jusqu'en juillet 1911.

Dès le mois d'avril, je vis revenir un peu les mouvements d'extension des doigts, puis ceux de la main suivent. Vous pouvez constater aujourd'hui le retour complet de tous les mouvements, en même temps que la bonne consolidation de la fracture.

M. Quénu. — Je demande à mon ami Schwartz comment il explique que la paralysie ait été immédiate; il faut probablement admettre chez son malade une section incomplète primitive du nerf radial.

M. Schwartz. — Je pense effectivement qu'il y a eu section incomplète du nerf qui présentait un épaississement notable là où une épine osseuse l'avait traversé et en dessous un amincissement très notable aussi.

Présentation d'instrument.

Appareil à élévation et inclinaison variables et facultatives pour les opérations sur l'étage supérieur de l'abdomen et les reins.

M. Hartmann. — Vous savez tous l'importance de l'attitude dans laquelle on place le malade pour la facile exécution de diverses interventions, l'intérêt de la lordose dorso-lombaire pour dégager le foie, la rate, le pancréas, le cardia et les angles des côlons. Pour les opérations sur les voies biliaires en particulier, cette position dégage le champ opératoire, rapproche de l'incision abdominale antérieure des parties normalement profondes, dans la position étendue à plat du malade; on exécute ainsi à fleur de peau des opérations très difficiles, faites à bout de doigt lorsqu'on opère le sujet couché horizontalement.

On peut même, par cette hyperextension du tronc, explorer toute la concavité du diaphragme sans pratiquer de résection du rebord costal.

Jusqu'à ces derniers temps, je me servais dans ce but, soit d'un simple billot, soit d'une table susceptible de se plier angulairement. Ces manières de faire présentaient des inconvénients résultant de la taille différente des sujets, de la souplesse variable du rachis, etc. Aujourd'hui, j'emploie un petit appareil très simple dû à l'ingéniosité d'un de mes anciens élèves, M. Rio Branco (fig. 1).

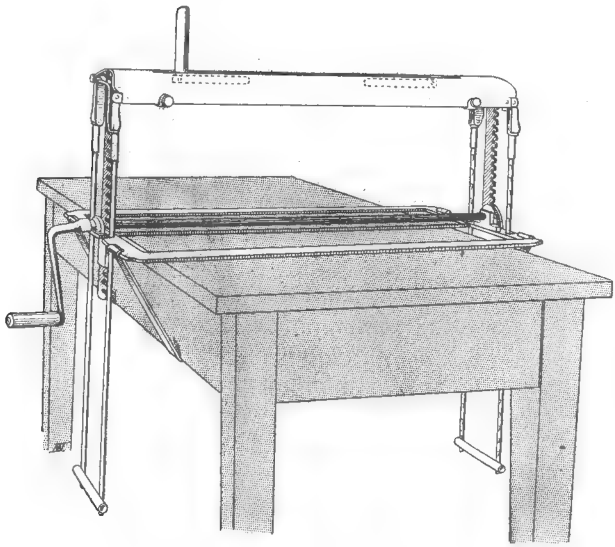


Fig. 1. — Appareil de Rio Branco

Cet appareil, que je vous présente en ce moment, se compose d'un cadre métallique *que l'on pose sur une table quelconque* et et dont l'épaisseur est si minime qu'en peut le laisser sur la table même si on ne doit pas s'en servir. Ce cadre supporte un petit arbre de commande qui, mû par une manivelle, actionne une crémaillère et élève à volonté une sorte de petit billot de 0 à 30 centimètres. On obtient ainsi le degré de lordose dorso-lombaire désiré (fig. 2).

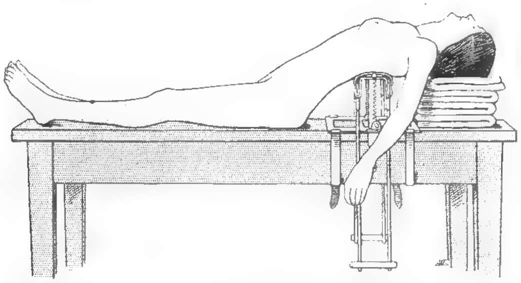


Fig. 2. — Opérations sur les voies biliaires (lordose dorso-lombaire.)

Lorsque l'on veut opérer sur l'un ou l'autre hypocondre, l'appareil permet d'associer à la lordose un certain degré de scoliose. Il suffit pour cela d'incliner le plateau de l'appareil auquel est fixée une béquille qui empêche le glissement latéral du malade. Dans cette position la région de l'hypocondre s'entr'ouvre et

bâille non seulement en avant, mais encore latéralement, si bien qu'en se plaçant du côté opposé à celui de la lésion, on a un accès parfait sur toute la région opératoire (fig. 3).

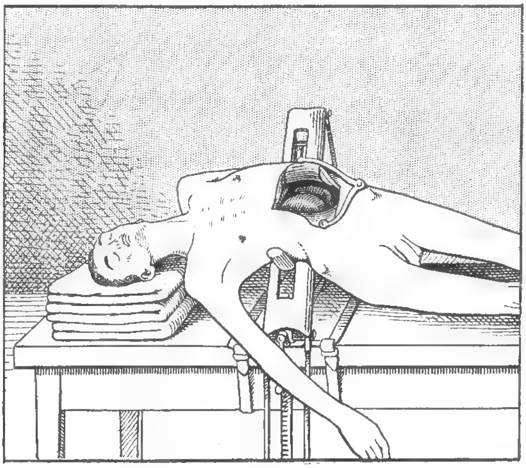


Fig. 3. — Opérations sur les organes des hypocondres (rate, etc.).

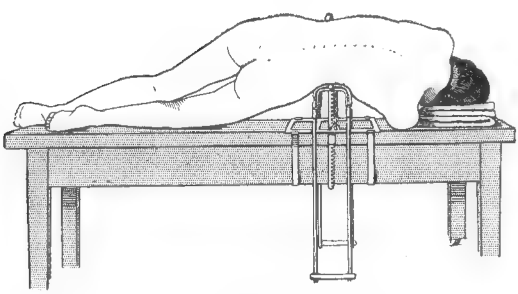


Fig. 4.
Opérations sur le rein.

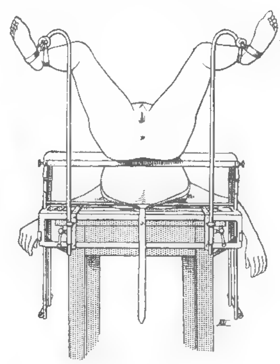


Fig. 5.
Opérations sur le rectum.

Si j'ajoute que l'appareil très simple de M. Rio Branco permet en même temps d'obtenir l'inclinaison latérale nécessaire aux opérations sur le rein (fig. 4); que, placé au bout de la table, il peut servir à élever le bassin dans les opérations sur le périnée, permettant d'augmenter ou de diminuer la surélévation de la région (fig. 5), on comprendra tout l'intérêt de ce dispositif qui nous a déjà rendu de grands services au cours de multiples interventions.

Présentation de pièce.

Énorme calcul du rein.

M. A. Legueu. — Je vous présente un calcul du rein remarquable par son volume. La radiographie que vous voyez et qui est due à M. Maingot donne une tache à côté de trois autres plus petites. Ce calcul qui pèse 180 grammes (sa densité est faible) date d'au moins trente-cinq ans; car les premiers symptômes remontent à cette époque et sont restés très discrets jusque dans ces derniers temps. Mais le rein a suppuré et j'ai dû l'ouvrir et enlever ces calculs sur un malade âgé de soixante ans et dans des conditions très défectueuses. L'opération remonte à trois semaines et le malade est en bon état.

Avis

MM. les candidats à une place de *membre correspondant* sont invités à faire parvenir leurs titres à M. le Secrétaire général *avant le 15 novembre prochain.*

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée,

Correspondance.

1°. — Deux lettres de MM. LEGUEU et BROCA, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2°. — Une lettre de M. le Dr LEGRAND (d'Alexandrie), posant sa candidature à une place de membre correspondant national.

A propos de la correspondance.

1°. — Un travail de M. J. ABADIE (d'Oran), intitulé : *Fistule urétérale, urétérocystonéostomie.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. HARTMANN est nommé rapporteur.

2°. — Un travail de M. BATUT, médecin principal, à Fontainebleau, intitulé : *Fracture ouverte de l'arrière-pied, traitée par la résection immédiate du tarse postérieur; bon résultat fonctionnel.*

Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. JACOB est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Des résultats éloignés fournis par le traitement opératoire du spina bifida.

M. Kirmisson. — L'intéressant rapport que vous a présenté dans notre dernière séance notre collègue M. Savariaud, soulève une question de la plus haute importance, celle des résultats éloignés fournis par la cure opératoire du spina bifida. Que les résultats immédiats soient le plus souvent bien peu favorables, c'est ce que la pratique nous a depuis longtemps enseigné, détruisant les espérances qu'avait fait naître, tout d'abord, l'apparition de la méthode antiseptique. La cause en est dans l'irritation des méninges et l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. De là, dans les cas mêmes où tout accident septique a été évité tout d'abord, la rupture de la cicatrice, l'infection secondaire, et la mort par myélo-méningite suppurée. Une autre cause de mort bien plus fréquente encore, et depuis longtemps classique, c'est l'existence de l'hydrocéphalie progressant rapidement après l'opération.

Mais, dans les cas où tout danger initial a pu être écarté, et où la guérison opératoire est complète, avons-nous du moins l'espoir de guérir définitivement nos malades? Pour ma part, je possède quatre observations personnelles, qui peuvent aider à la solution de cette question.

Obs. I. — Ma première observation, communiquée à l'Académie de médecine, et sur laquelle notre regretté collègue Berger a fait un rapport dans la séance du 11 août 1896, est relative à un petit garçon de trois mois que j'opérai le 27 novembre 1895 pour un spina bifida lombaire. L'enfant n'avait aucun symptôme médullaire, pas de tension anormale de la fontanelle antérieure. Il guérit avec la plus grande simplicité. L'examen histologique démontra cependant dans la tumeur des éléments nerveux et un prolongement du canal épendymaire. Il s'agissait, en un mot, d'une myélo-cystocèle.

J'ai eu ultérieurement des nouvelles de mon petit opéré. Dans la lettre qu'on m'adressait, on disait notamment : « L'intestin et la vessie fonctionnent excessivement bien. »

Obs. II. — Ma seconde observation est relative à un petit garçon que j'opérai, peu de jours après sa naissance, à l'hôpital Trousseau, le 26 février 1898, d'un spina bifida lombo-sacré. Il

y a dans cette observation ce fait particulier, qu'antérieurement j'avais opéré un frère de cet enfant pour un pied-bot congénital. Le spina bifida de mon petit malade affectait, comme dans le cas précédent, les caractères de la myélocystocèle. La guérison se fit sans incident, et, cette année même, soit treize ans après l'opération; j'ai pu examiner de nouveau cet enfant. Il est en bonne santé, les membres inférieurs ne présentent aucune déformation. Tout ce qu'on note chez lui, c'est un peu de paresse de la vessie et une légère exagération des réflexes.

Obs. III. — Petit garçon de cinq mois, portant un spina bifida de la région lombo-sacrée. Déjà, à plusieurs reprises, cet enfant m'a été présenté par ses parents; il est nourri au sein et bien conformé par ailleurs. J'ai pu m'assurer qu'il n'y a aucune tendance à l'hydrocéphalie, pas de paralysie des sphincters rectal et vésical, pas de paralysie des membres inférieurs. Tout paraît donc favorable à l'extirpation; celle-ci est rendue nécessaire par ce fait que, depuis quelque temps, d'après les mensurations pratiquées par les parents, la tumeur augmente manifestement de volume. Elle a, comme d'ordinaire, la forme arrondie, mesurant plus de 4 centimètres dans un de ses diamètres, plus de 6 centimètres dans l'autre. L'enveloppe cutanée est épaissie par places; au contraire, elle est amincie et cicatricielle dans d'autres points, ceux-là mêmes qui étaient le siège d'une ulcération au moment de la naissance.

Le 14 mai 1900, je pratiquai l'extirpation de la tumeur. J'isolai son pédicule, et, avant de le lier, j'ouvris largement le sac. Il renferme plusieurs filets nerveux adhérents à sa face interne; ils sont détachés et refoulés dans le canal rachidien. Le sac est alors lié en deux parties à sa base par une ligature en chaîne. La réunion par première intention fut obtenue sans incident.

Le 15 avril 1901, l'enfant me fut présenté de nouveau pour un phimosis, dont je l'opérai. Je pus constater à ce moment que l'enfant s'est bien développé; la tête est un peu forte, mais il n'y a pas d'hydrocéphalie, pas de distension des fontanelles. La cicatrice de la région lombaire est solide et n'a aucune tendance à se laisser distendre.

Un an plus tard, en 1902, j'ai revu le petit garçon âgé de deux ans; il reste bien portant, à part une légère incontinence d'urine.

Obs. IV. — Mon quatrième malade est un petit garçon qui me fut présenté par mon collègue M. Champetier de Ribes, dans le service duquel il était né le 12 novembre 1906. Cet enfant porte à la région lombo-sacrée un spina bifida sessile, mesurant environ 5 centimètres de diamètre, et offrant les trois zones décrites par Recklinghausen et caractéristiques de la myélo-méningocèle. La

zone séreuse est constituée par une pellicule transparente, tellement mince qu'elle laisse suinter une sérosité sanguinolente.

Les membres inférieurs ont conservé l'attitude qu'ils présentent pendant la vie intra-utérine. A gauche, la cuisse est complètement fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, avec une adduction telle que la malléole interne repose sur le genou du côté opposé. A droite, même position de la cuisse, la jambe est fortement fléchie et placée sous le pied gauche, le pied droit est en adduction, et sa pointe repose du côté interne sur la face externe de la cuisse gauche. Le membre gauche est complètement immobile, le droit présente quelques mouvements de flexion. L'extension est difficile à obtenir et paraît douloureuse. La sensibilité n'est pas abolie, mais quand on excite la région plantaire, c'est toujours le membre droit qui réagit. Incontinence absolue des urines.

En présence d'une situation aussi grave, je répondis à mon collègue M. Champetier de Ribes que je ne me chargerais de l'opération que si l'enfant était nourri au sein par sa mère; ce qui fut accepté. La mère et l'enfant entrèrent donc dans mon service, et le 15 novembre, soit trois jours après la naissance, je procédai à l'opération.

La tumeur est circonscrite par une incision elliptique à grand axe vertical. On essaie d'abord de disséquer l'enveloppe séreuse de la tumeur, mais on ne peut y parvenir, cette enveloppe, très mince, se rompant à chaque instant sous le bistouri. Dès lors, la poche étant ouverte, on se contente de libérer les filets nerveux adhérents à sa face interne, et de refouler la queue de cheval dans le canal vertébral. On rapproche par trois points de suture au catgut les deux bords de l'orifice aponévrotique, et l'on suture la peau au crin de Florence.

Le petit malade a guéri très simplement. Le 24 novembre, nous notions déjà que la mobilité avait reparu d'une façon complète dans les membres inférieurs.

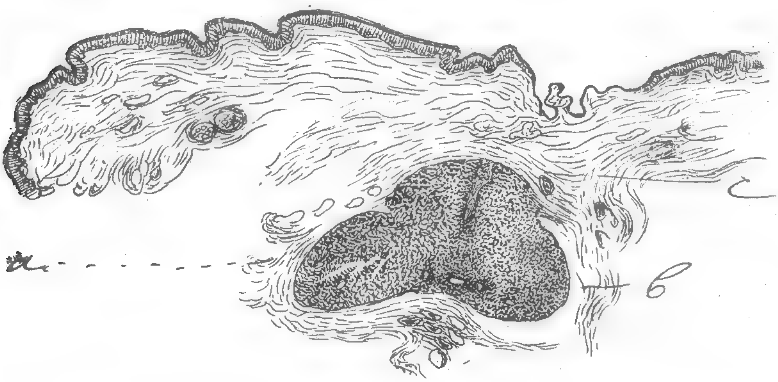
Le 23 mai 1908, nous avons eu des nouvelles de l'enfant, âgé aujourd'hui de dix-huit mois; il continue à se bien porter, il commence à marcher, il est très intelligent et nullement hydrocéphale.

A deux ans et deux mois, l'enfant a marché seul; le 20 mai 1909, nous l'avons revu; il marche bien, mais en portant la pointe des pieds en dedans; il présente de l'incontinence d'urine et des matières fécales.

Désirant vous entretenir aujourd'hui de cette observation, j'ai demandé hier des renseignements à la mère. L'enfant est à la campagne, il marche et court toute la journée, et est très bien

portant. Il conserve de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Il est âgé aujourd'hui de cinq ans environ.

De l'observation clinique, il est intéressant de rapprocher l'examen histologique fait dans notre laboratoire avec le concours de notre chef de laboratoire, le Dr Bize. Au pôle inférieur de la poche du spina bifida, on constate la présence d'un tubercule adhérent à la paroi par son extrémité inférieure et présentant tous les caractères de l'extrémité inférieure du cône médullaire. Une coupe horizontale détache une tranche de ce tubercule qui est fixée par l'acide osmique.



a, Cône terminal de la moelle, contenu dans la tumeur; *b*, canal de l'épendyme; *c*, sillon postérieur de la moelle.

L'examen microscopique de parcelles ainsi fixées montre qu'il s'agit bien d'éléments nerveux. On constate en effet que l'acide osmique a coloré en noir une série de cordons nerveux (queue de cheval) groupés autour d'un axe plus volumineux contenant des cellules et des fibres nerveuses (cône médullaire).

Sur les coupes, on distingue facilement : 1° une substance grise, dans laquelle apparaissent des cellules nerveuses bien caractérisées par leurs contours anguleux, leurs grandes dimensions, leurs prolongements, leur grand noyau pourvu d'un nucléole. Ces cellules multipolaires forment quatre groupes, deux antérieurs peu importants, deux postérieurs beaucoup plus riches; 2° un canal de l'épendyme, de calibre très réduit, mais néanmoins bien reconnaissable, grâce à sa couronne de cellules épendymaires caractéristiques; 3° des cordons blancs, situés à la périphérie de la substance grise, formés de fibres à myéline bien développées.

En un mot, la poche constituant le spina bifida renfermait dans

son intérieur le cône terminal de la moelle et des nerfs de la queue de cheval, la tumeur doit donc être rangée dans le groupe des myélo-méningocèles.

Tels sont, messieurs, les quatre faits personnels que je puis aujourd'hui verser au débat. Comme vous le voyez, ils sont relativement favorables, les deux premiers ayant été suivis d'une complète guérison, les deux derniers n'ayant amené la guérison qu'au prix d'une infirmité plus ou moins prononcée, incontinence d'urine légère chez le troisième malade, incontinence d'urine et des matières fécales chez le dernier opéré. Ces faits sont du reste en rapport avec les travaux bien connus de Recklinghausen, Muscatello, Bockenheimer, qui nous ont appris que le pronostic du spina bifida devait être regardé comme relativement favorable dans les cas de myélo-cystocèle, beaucoup plus grave, au contraire, dans la myélo-méningocèle, ce qui se comprend, du reste, puisque la myélo-cystocèle correspond à une période plus avancée du développement et suppose, par conséquent, un trouble moins marqué de l'évolution médullaire. Il est à tenir compte aussi du siège de la tumeur, plus défavorable dans les cas de spina bifida dorso-lombaire, plus compatible avec une terminaison heureuse dans le spina bifida lombo-sacré.

Au point de vue clinique, les deux circonstances dont il faille surtout tenir compte sont l'étude de la motilité du côté des membres inférieurs, en même temps que l'état des sphincters vésical et anal, d'une part; d'autre part, l'existence ou l'absence d'hydrocéphalie. S'il existe de l'hydrocéphalie, ou des paralysies très étendues des sphincters et des membres inférieurs, le mieux est de s'abstenir. Dans les circonstances inverses, on opérera, et, grâce à une asepsie rigoureuse, on obtiendra de nombreux succès opératoires. La chose est aujourd'hui surabondamment démontrée; mais ce que nous connaissons moins, c'est la valeur définitive de nos interventions au point de vue des résultats fonctionnels. Il est donc sans grand intérêt de multiplier les observations de spina bifida opérés avec un résultat immédiat favorable. Ce qui est à désirer, c'est que nos collègues, imitant l'exemple de M. Douriez (d'Abbeville), nous fassent connaître les résultats éloignés de leurs interventions, afin que nous ayons des données exactes sur la valeur du traitement chirurgical, en matière de spina bifida.

M. Perier. — Dans quelques jours va accoucher à la Maternité une jeune femme que j'ai opérée de spina bifida à l'âge de trois semaines. Je vous donnerai ultérieurement les détails de ce fait.

M. Potherat. — Je répondrai à la question incidente posée par mon ami Savariaud dans la dernière séance, que l'enfant (mon opérée) à laquelle il a fait allusion n'a jamais présenté ni troubles intellectuels ni altérations des fonctions motrices et sensitives. A l'heure présente, c'est une charmante jeune fille, intelligente et fort ingambe. Mais il s'agissait dans ce cas d'un spina-bifida lombaire, n'ayant, malgré sa rupture et grâce à des soins attentifs et éclairés, présenté aucun accident d'infection, jusqu'au moment où je l'ai opéré.

Incidemment, je ferai une petite remarque, parce qu'elle trouve sa place à côté d'un point de la communication présente de M. Kirmisson. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien par la plaie opératoire s'observe souvent après l'opération. Mais ce n'est plus aujourd'hui une cause d'insuccès par infection, ainsi que je l'ai observé dans les deux cas auxquels je fais allusion ici.

Par contre, j'ai opéré, avec succès opératoire complet, à quelques jours de sa naissance, un petit garçon atteint d'un volumineux spina bifida cervical, qui présentait la béance de deux arcs vertébraux postérieurs.

Il y a de cela cinq ans, ou tout près de cinq ans; l'enfant est encore vivant, mais c'est un hydrocéphale complet.

Le premier de ces deux cas infirme donc la théorie de Broca, mais le second ne la confirme que trop pleinement. Il est probable qu'en examinant un grand nombre de cas on arriverait constamment à ces résultats contradictoires, surtout si l'on amalgame tous les cas ; il conviendrait, à mon avis, de créer des groupes de cas comparables entre eux par leur situation, leurs éléments constitutifs, leurs conditions spéciales au moment où l'on intervient. Et ainsi on pourrait parler utilement des indications et contre-indications opératoires, de la gravité ou de la bénignité, ainsi que des conséquences probables de l'intervention chirurgicale.

M. Kirmisson. — La remarque de M. Potherat est le fond même de la question. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il est bien entendu qu'il faut, avant d'intervenir, s'assurer qu'il existe ou n'existe pas de symptômes d'hydrocéphalie, par une exploration attentive des fontanelles en particulier.

M. Potherat. — J'avais fait cette exploration; elle avait été négative à mes yeux. C'est secondairement que l'hydrocéphalie est apparue et s'est développée progressivement.

M. Kirmisson. — Les théories ici ne sont pas de mise, ce sont les faits qui doivent parler.

Sur les colites chroniques graves.

M. MICHON. — Je veux, à propos de la communication de M. Jacob, rapporteur, vous donner le résumé d'un cas de cæcostomie pour une colite rebelle. La première partie de cette observation est publiée dans la thèse de mon ami Okinczyc (1) sous le n° XVI.

Ce malade était entré dans le service de mon maître, M. Hartmann, en juillet 1905. Depuis un peu plus d'un an il avait une diarrhée chronique, avec des selles sanglantes, accompagnées de ténesme, aboutissant à l'expulsion de glaires et de fausses membranes. Il en était résulté un état de cachexie extrême; amaigrissement considérable; œdème des jambes; douleurs articulaires.

A l'examen rectoscopique et radiographique, on se rendit compte qu'à partir de l'anus le rectum était malade, rétréci, avec une muqueuse à l'aspect velvétique; à 16 centimètres, existait un rétrécissement plus serré, que l'on put cependant franchir avec une sonde-bougie conduite à l'aide du rectoscope.

Dans ces conditions, je pratiquai d'abord une laparotomie médiane exploratrice, qui permit de voir qu'absolument tout le côlon était petit, rétracté, à paroi épaissie, et recouvert par endroit de fausses membranes. Je fis donc un anus cæcal en deux temps; mais les lésions remontaient même sur le cæcum; celui-ci, plaqué contre la fosse iliaque, fut difficile à suturer à la paroi.

A la suite de cette intervention, on pratiqua des lavages du côlon, avec de l'eau salée, avec des solutions de nitrate d'argent; il y eut atténuation, mais non disparition des phénomènes de colites. En revanche, l'état général se remonta complètement; l'œdème des jambes disparut; le malade engraissa.

L'examen histologique d'une petite portion de la muqueuse fait par M. Lecène, montre que l'épithélium et les glandes sont peu touchées et que seul le tissu conjonctif et adénoïde est enflammé. Il est difficile de se prononcer sur la nature de la lésion.

Le malade, tout d'abord enchanté de l'amélioration de sa santé, se trouvait incommodé par son anus. C'est alors que je me proposai de tenter une iléo-rectostomie. Pendant plusieurs mois, on procéda à des séances de dilatation du rectum, à des lavages.

Après cette préparation, c'est-à-dire le 5 mars 1908, environ trois ans après l'ouverture du cæcum, je pratiquai l'iléo-recto-

(1) Okinczyc. Traitement chirurgical du cancer du côlon. *Thèse de doctorat*, Paris, 1907, p. 93.

stomie à l'aide du bouton et de la pince de Lardennois, en même temps que je fis l'exclusion du gros intestin par écrasement et ligature de l'intestin grêle. La bouche iléo-rectale fonctionna parfaitement; par contre, au bout d'une dizaine de jours, la perméabilité iléale se rétablit et les matières passèrent par l'anus cæcal, en même temps qu'il y avait quatre ou cinq selles par l'anus normal en vingt-quatre heures. Mais ces selles n'étaient plus ni sanglantes, ni douloureuses, et n'incommodaient pas trop le malade.

Dans ces conditions, je voulus refaire l'exclusion iléale en sectionnant l'intestin. Cette troisième intervention, pratiquée en juillet 1908, fut particulièrement facile; la fin de l'intestin grêle était libre de toute adhérence; un sillon à peine visible marquait seule la place de l'ancienne ligature posée sur lui. Le grêle fut sectionné et suturé. Le lendemain matin le malade mourut brusquement, sans que j'aie pu en savoir la cause.

Dans ce cas, la cæcostomie m'a paru devoir être préférée à l'appendicostomie; il n'y avait pas seulement lésions ulcératives, mais rétrécissements du gros intestin, et il était absolument nécessaire de dériver les matières intestinales.

Quant à la valeur de l'iléo-rectostomie, il est impossible de se prononcer étant donné l'échec final; mais cependant, durant environ trois mois, la bouche iléo-rectale fonctionna sans amener trop d'ennuis; et c'est le malade lui-même qui demandait la fermeture complète de l'anus cæcal.

M. Souligoux. — Mon ami M. Michon, à la suite de la communication que je vous avais faite sur l'exclusion de l'intestin, a employé le procédé que j'avais décrit : écrasement de l'intestin, enfouissement de la partie écrasée après ligature de cette zone. Il a vu au bout de quelque temps les matières revenir par l'anus cæcal et il a pu constater, au cours d'une nouvelle intervention, que l'intestin grêle avait repris son calibre. Or, je vous avais montré des pièces provenant de chiens opérés depuis trois mois ou six mois, et chez qui la communication entre les deux parties situées au-dessus et au-dessous de l'écrasement était complètement interrompue par une cicatrice longue et très épaisse. Il faut donc en déduire qu'il ne faut pas toujours conclure de l'animal à l'homme au point de vue chirurgical.

M. O. Jacob. — Je tiens tout d'abord à remercier ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion qui s'est ouverte à la suite de ma communication sur le traitement chirurgical des colites chroniques et en particulier des colites dysentériques.

Mon collègue et ami Sieur nous a montré combien irrémédiables pouvaient être les lésions du gros intestin chez les dysentériques chroniques soumis au seul traitement médical.

M. Moty préconise l'appendicostomie non seulement dans les cas de dysenterie chronique, mais encore dans les cas aigus ou subaigus qui ne cèdent pas rapidement au traitement médical.

Je suis, pour mon compte, tout prêt à suivre M. Moty dans cette voie. Je ferai toutefois remarquer que si l'appendicostomie peut donner d'excellents résultats dans les formes aiguës ou subaiguës, elle me paraît devoir être insuffisante dans les cas suraigus. Dans cette forme si grave de la dysenterie, il faut, comme je le disais dans ma communication, avoir recours à la cæcostomie qui, seule, permet de mettre le gros intestin au repos complet.

M. Michon vient de verser au débat une remarquable observation, qui prouve, une fois de plus, ce qu'on peut attendre de la cæcostomie dans les cas de colite chronique particulièrement grave.

Enfin, dans son rapport au Congrès de Bruxelles, notre éminent collègue, le professeur Segond, vient de se faire l'éloquent défenseur du traitement chirurgical dans les colites chroniques. J'espère que sa voix autorisée, jointe à celle des membres de la Société qui ont pris part à la discussion, sera entendue de nos collègues de médecine.

J'ai dit, dans ma précédente communication, que l'appendicostomie était une opération uniquement destinée à permettre le lavage du gros intestin d'amont en aval, tandis que la cæcostomie, véritable anus contre nature, avait surtout pour but de dériver au dehors les matières intestinales, ou, si l'on préfère, d'exclure le gros intestin ulcéré de leur circulation. A ce propos, M. Quénu a fait remarquer que la cæcostomie ne pouvait réaliser l'exclusion du gros intestin. Son observation est parfaitement juste. De fait, l'exclusion absolue, idéale, du gros intestin ne peut être obtenue que par l'abouchement, à la peau, de l'iléon sectionné au niveau de sa terminaison, ou bien encore par l'iléo-sigmoïdostomie; encore convient-il d'ajouter que cette dernière opération ne réalise pas l'exclusion totale, puisque le rectum continue à livrer passage aux matières.

Il est à peine besoin de dire que cette exclusion absolue, idéale, du gros intestin ne peut être pratiquée chez les dysentériques graves qui faisaient l'objet de ma communication, car ces malades sont incapables de supporter une intervention un peu sérieuse. Du reste, elle n'est pas indispensable et l'expérience clinique a montré que la dérivation des matières obtenue par l'anus cæcal est suffi-

samment complète pour permettre la guérison des ulcérations dysentériques.

Je voudrais, messieurs, en terminant, vous donner quelques renseignements complémentaires sur le malade chez qui j'avais pratiqué une appendicostomie pour dysenterie rebelle. Je vous rappelle que ce malade, deux mois après l'opération, ne présentait plus le moindre signe de dysenterie, mais qu'il accusait encore des douleurs assez vives à la pression et spontanément au niveau de la portion gauche du côlon transverse.

Ces douleurs, qui me paraissaient être symptomatiques soit d'un rétrécissement cicatriciel, soit d'adhérences péricoliques, ne s'atténuant pas, je pratiquai, le 28 juin dernier, une laparotomie. Je trouvai au niveau de la portion gauche du côlon T, exactement au point où le malade accusait de la sensibilité et où la radioscopie montrait un point rétréci et coudé, je trouvai, dis-je, des adhérences nombreuses et serrées unissant le gros intestin avec le pôle antérieur de la rate hypertrophiée. Je pus libérer, non sans difficultés, ces adhérences et rétablir l'indépendance de la rate et du côlon.

Actuellement, sept mois après l'appendicostomie, l'état du malade est excellent. La fistule appendiculaire s'est fermée spontanément vers le milieu de juillet, dès qu'on a cessé les lavages du gros intestin. Les douleurs accusées par le malade ont disparu. Les digestions, les selles, sont normales.

En résumé, la guérison de la dysenterie se maintient parfaite depuis sept mois. Je crois qu'on peut la considérer comme définitive et la porter à l'actif de l'appendicostomie.

— La discussion sur les colites graves est close.

Communication.

Greffes ovariennes,

par M. TUFFIER (1).

Depuis le mois d'octobre 1906 jusqu'au 11 octobre 1911, c'est-à-dire en cinq ans, j'ai pratiqué 130 greffes d'ovaires. Nous avons recueilli 119 observations valables, et j'ai revu 60 malades à une

(1) Communication faite dans la séance précédente.

date variant de trois mois à trois ans après leur opération. C'est le résultat de ces recherches que je viens vous exposer. Ces greffes ont été pratiquées dans un but de thérapeutique. Il s'agissait depuis nos dernières discussions de savoir ce qu'on pouvait en attendre.

Je vous dois d'abord deux mots d'explication : 1° A ceux qui me demanderaient si la greffe d'un ovaire d'une femme à une autre femme est permise, je répondrai que toutes mes malades ont été prévenues et ont accepté le fait; et la lecture de la longue liste des préparations de produits extraits d'ovaires de vache ou de chèvre, que l'on fait ingérer aux femmes atteintes de ménopause anticipée, ou qu'on leur injecte sous la peau, prouve que ces accidents sont fréquents, assez sérieux, rebelles à des médications qui me paraissent plus dangereuses que mes greffes.

2° Quant au *nombre élevé* de mes opérations, il tient à ce que, pour préciser une conclusion, il est nécessaire de se placer dans des conditions très variées. Il ne suffit pas de greffer deux ou trois ovaires et de dire qu'ils ont ou n'ont pas pris, il faut envisager dans leurs différentes combinaisons les trois facteurs en présence *le donnor* ou *le receptor*, et la valeur probable du *greffon*.

Les résultats thérapeutiques, comme vous le verrez, sont peu favorables, sauf dans des cas exceptionnels. Mais au cours de ces recherches j'ai été amené à des *constatations de physiologie pathologique* qui me paraissent dignes d'intérêt.

Je laisserai de côté toute l'histoire expérimentale de la question. Mes élèves Jardry (1907), Tziklice (1907), Schrœder et d'autres auteurs l'ont exposée; *la technique*, les résultats cliniques et les questions de physiologie attenantes sont les trois chapitres que j'envisagerai.

* * *

Pour établir d'une façon aussi précise que possible la valeur de ces greffes, trois méthodes ont été suivies : l'*autogreffe*, l'*hétérogreffe*, soit simple, soit après *conservation* de l'organe en glacière (en cold storage, suivant l'expression de Carrel). Le nombre des opérations ainsi pratiquées a été de 109 *autogreffes*, dont 87 d'un seul ovaire, et 12 de deux ovaires; sur ce total, 10 autogreffes ont été *associées* à une greffe d'ovaire conservé en glacière, 2 à une hétérogreffe ;

5 *hétérogreffes*, dont une associée à une autogreffe, et une à une greffe d'ovaire conservé en glacière.

5 greffes *conservées* en *cold storage*.

Ces opérations ont suivi 73 hystérectomies sub-totales ou totales et 46 ablations des annexes avec conservation de l'utérus.

I. *Autogreffes.* Au cours de ou après une laparotomie pour lésion bilatérale des annexes, un ou les deux ovaires, même s'ils ne sont pas normaux, paraissent utilisables ; je les sépare exactement et aseptiquement des trompes et je les greffe dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, dans une loge constituée par un simple coup de doigt sur la partie latérale de la plaie de la laparotomie. Ils sont là dans une atmosphère chaude, humide, dans un sérum physiologique constitué par l'écoulement très faible du liquide épanché à la suite du décollement. C'est là que je les reprenais autrefois pour les greffer dans le péritoine près du moignon de l'utérus ou du col, suivant que j'avais pratiqué une hystérectomie totale ou subtotale. C'est là que je les ai laissés chez un grand nombre de malades, pensant qu'ils se grefferaient bien tout seuls à ce niveau; actuellement, je les place à titre définitif dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et je continue les divers temps de mon opération sans m'en préoccuper. J'avais dans quelques cas suturé la périphérie du hile ovarien à l'aponévrose du grand oblique par quatre fils fins de catgut, cela ne me paraît pas nécessaire à la prise de la greffe.

II. *Hétérogreffe.* Quand je pratique une *hétérogreffe*, c'est-à-dire une greffe d'un ovaire d'une femme à une autre femme, la transplantation est faite *aussitôt que possible* après la prise du greffon. L'ovaire est placé dans une compresse aseptique imbibée ou non de liquide de Locke. Trois facteurs sont à considérer dans cette prise : 1° le *greffon*, 2° le *prête-greffe* et 3° le *porte-greffon.*

1° Dire qu'on a greffé un ovaire n'a aucune valeur scientifique si ces trois facteurs ne sont pas étudiés, car l'adaptation nouvelle demandée à l'ovaire peut dépendre de sa valeur physiologique propre, de l'âge, ou peut-être de la santé générale du sujet à qui vous le transplanterez, c'est-à-dire du récepteur. Encore que nous ayons satisfait à toutes ces exigences scientifiques, encore que nous nous soyons mis à l'abri de ces causes d'erreur (1), il ne s'ensuit pas que notre échec soit démonstratif et qu'il ait une précision à l'abri de toute critique, car nous avons une conviction, mais non une certitude, touchant LA VALEUR FONCTIONNELLE de cet ovaire. L'étude histologique d'un fragment ovarien nous approcherait de la vérité et ne la contiendrait pas encore tout entière, puisque nous savons qu'à une structure anatomique donnée ne correspond pas toujours une valeur physiologique adéquate.

(1) Je n'en fais la description que pour éviter toute discussion sur la valeur des résultats qu'une technique défectueuse entacherait d'erreurs ou frapperait de nullité.

Nous notons donc du *greffon* son volume, sa forme, sa consistance, son contour kystique ou non, les adhérences qui l'entouraient, leur nature, leur ancienneté, les lésions annexielles ou utérines qui ont nécessité l'intervention. Il semble que le fameux ovaire scléro-kystique justiciable de mort pour nos devanciers soit susceptible de donner une greffe anatomique et physiologique parfaite. De même, un ovaire à gros kyste peut (ses gros kystes enlevés) faire un excellent greffon, et je n'ai trouvé ni dans l'ancienneté ni la nature des lésions annexielles un facteur important à cet égard.

Le greffon a été pris sur des malades ayant été opérés de fibromes et de salpingites. (Voir le tableau suivant.)

Il en est autrement de l'âge du *prête-greffe*, du donor; je n'ai point vu de résultats positifs fonctionnels après 40 ans. Mais il est possible que mes observations soient encore trop peu nombreuses. Il me semble que le fait avéré, c'est qu'un greffon jeune est un greffon de choix.

2° Le *prête-greffe*, le « donnor », en cas d'hétérogreffe doit avant tout ne présenter aucune tare organique susceptible de rendre l'ovaire nuisible au porte-greffe. Les lésions qui ont nécessité la castration ne doivent présenter aucune répercussion dangereuse pour le sujet greffé, même s'il s'agit de l'opérée elle-même. C'est un principe moral plus que chirurgical et nul n'y peut manquer.

Aussi les seuls fibromes utérins, les grossesses extra-utérines et les annexites m'ont fourni des greffons. Il peut paraître anormal d'utiliser un ovaire pris dans une salpingite, lésion infectieuse, mais je n'opère les salpingites qu'après extinction de la réaction pelvienne, parfaitement refroidies et depuis longtemps; je ne prends que des ovaires entourés d'adhérences plus ou moins lâches, en tout cas paraissant eux-mêmes indemnes de toute infection. La meilleure preuve que cette pratique mérite d'être suivie, c'est que je n'ai eu que trois éliminations de greffons, et cela dans des cas où vraiment mon impunité antécédente m'avait conduit à une exagération. Les lésions au milieu desquelles j'avais cueilli l'ovaire n'étaient pas assez sûrement stériles (3 sur 130).

Le *porte-greffe*. Toutes les théories régnantes sur l'hémolyse doivent faire rechercher entre le prête et le porte-greffe, entre le donneur et le récepteur, une constitution sanguine susceptible de permettre au tissu de l'un de vivre sur l'autre. C'est là une enquête à laquelle on pourra se livrer ultérieurement et dont certainement la question pourra bénéficier, j'en signale la lacune dans mes recherches. Le fait que l'autogreffe donne des succès là ou l'hétérogreffe échoue plaide dans ce sens.

Je dirai de suite que ces hétérogreffes ne sont généralement pas suivies de retour fonctionnel de l'ovaire, mais leur emploi est difficile à réaliser pratiquement puisque je n'ai que 7 observations.

III. Dans les cas où je me servais d'ovaires conservés en *cold storage*, la glande était placée avec les plus grandes rigueurs d'asepsie immédiatement après son enlèvement, dans un tube de verre stérilisé, bouché à la Pasteur, renversé de façon à ne pas permettre de circulation de l'air pendant la mise dans le tube, le bouchage au coton stérile était flambé, remis en place et le tube porté de suite dans l'étuve de 2 à 8 degrés. Il y restait de une heure à quarante-six jours; puis, pris avec les mêmes précautions, il était placé comme une autre greffe dans le tissu cellulaire souscutané. Je dirai de suite que toutes les greffes en cold storage ne m'ont pas donné un seul succès fonctionnel, aucune n'a présenté de phénomènes congestifs réguliers (dans un cas seulement une erreur dans ce sens eût pu être commise), tous se sont résorbés, et cela, quelle que soit la valeur du greffon du donnor ou du réceptor. C'est pourquoi si l'on veut continuer des recherches dans ce sens, je conseille de conserver les organes à la température de 37 à 40 degrés si l'asepsie permanente en est possible.

Toutes les fois qu'une *auto-greffe a été pratiquée en même temps que la greffe d'un ovaire conservé*, le résultat a été très net (10 cas), il ne restait après quelques mois que l'autogreffe. C'est donc bien le greffon conservé qui était incriminable et non le réceptor.

* * *

Que va devenir cette greffe? Elle peut être *éliminée* (3 cas), elle est *tolérée* (116 cas), et alors je dois examiner sa valeur *anatomique*, sa valeur *physiologique*, c'est-à-dire si elle reste un corps *indifférent* ou si elle présente en partie ou en totalité toutes *les fonctions* de l'ovaire.

Élimination. — Dans l'immense majorité des faits, la greffe ne provoque aucun trouble quelconque dans la guérison de la malade. Dans *3 cas* où je me suis servi de glandes dont la périphérie n'était pas rigoureusement aseptique, j'ai eu une *élimination.* La région est devenue sensible (huit-quinze-vingt jours après l'opération); elle s'est tuméfiée, un peu de suintement s'est fait au niveau de la cicatrice; une pince introduite à ce niveau a suffi à enlever l'ovaire et tout a parfaitement guéri. En face d'une légère réaction au niveau de la greffe il ne faut *pas se hâter de croire à une infection*, car plusieurs fois j'ai vu la région devenir

un peu sensible et gonflée pendant quelques jours, puis tout est rentré dans l'ordre et l'ovaire est resté normal.

L'ovaire est toléré. — Après la guérison de l'opérée, l'état local peut n'être le siège d'aucun trouble quelconque, la glande reste à l'état de tissu *indifférent* et cela pendant plusieurs mois, parfois dix-huit mois, elle diminue peu à peu et disparaît, c'est l'atrophie et la résorption.

Mais dans 27 cas d'autogreffe nous avons vu l'ovaire persister et, de deux à cinq mois après l'opération, présenter des phénomènes de *congestion périodique* mensuelle; je ne puis affirmer la nature de ces congestions avec augmentation de volume, puisque je n'ai pas vu les corps jaunes témoins.

On trouve au lieu et place de la greffe un organe de forme, de volume, de sensibilité qui autorise à croire que l'organe greffé existait à ce niveau. Mais vous me direz de suite que ma croyance est vaine, ce corps étranger est un simple tissu fibreux qui n'a d'ovarien que l'origine. J'accepte l'objection, mais chez 27 de mes malades cet organe a été le siège de congestions nettement périodiques durant de trois à sept jours et persistant avec un rythme parfait jusqu'à deux années et plus. Quand la greffe a été double, les congestions alternent d'un côté à l'autre, mais *sans rythme régulier*, car on peut voir le même ovaire rester seul en fonctions pendant trois périodes consécutives. J'ai déjà décrit, et Mauclaire en avait signalé des cas, ces augmentations de volume allant au triple et au quadruple de la glande normale avec chaleur de la peau, douleur spontanée et surtout à la pression, acmée des accidents vers le quatrième jour, puis disparition complète en sept jours (la peau ne change pas de couleur et une seule fois j'ai vu une ecchymose). Ces congestions, d'abord légères et peu marquées s'établissent bientôt régulièrement et elles peuvent coïncider comme date, exactement avec le quantième du mois correspondant à la période menstruelle avant l'opération. Elles se manifestent aussi bien après l'hystérectomie sub-totale que totale ou même après la simple ablation des annexes avec conservation de l'utérus, ce qui prouve que l'utérus n'est pour rien dans leur apparition. Leur durée peut se continuer au delà de dix-huit mois.

Il ne faut pas confondre les *accès congestifs témoins d'une vitalité spéciale de la glande* qui semble avoir conservé certaines propriétés physiologiques, avec une augmentation brusque du volume de la greffe, hypertrophie qui survient quelques jours ou quelques semaines après l'opération et qui précède sa résorption.

Voici comment cette dernière se présente. Quelques semaines après l'intervention, la région devient le siège d'une augmentation

de volume, d'une tuméfaction appréciable à la vue et au palper, douloureuse spontanément et à la pression, elle dure trois ou quatre jours, puis disparaît, et ultérieurement on constate que la glande greffée a complètement disparu.

* * *

Les *troubles généraux* après castration et greffes varient suivant que *l'utérus a été conservé* ou non. 1° S'il s'agit d'une femme qui a subi *l'hystérectomie totale ou sub-totale*, les accidents aigus de ménopause anticipée, bouffées de chaleur, transpirations, malaises, ont lieu avec la même intensité ou *à peu près*, et avec la même fréquence que si l'ovaire avait été supprimé, et cela que la glande soit ou non le siège de phénomènes congestifs mensuels. L'ovaire travaille, la patiente n'est nullement soulagée, ou, en tous cas, mes observations plaident nettement dans ce sens. Les accidents secondaires : embonpoint, obésité, nous ont paru moins marqués que chez les femmes non greffées, mais ce point mérite confirmation. Tous ces troubles étant très variables suivant les sujets, il est nécessaire de se mettre en garde contre une interprétation favorable et de ne pas attribuer à l'ovaire greffé des améliorations que l'on voit se produire spontanément chez beaucoup d'opérées. C'est là une raison de plus pour exiger un grand nombre de faits avant de conclure. Le résultat est donc bien net, *la greffe ne semble pas supprimer* les accidents de ménopause anticipée ni de suppression des ovaires, même dans les cas où l'ovulation semble normale.

Bien mieux, j'ai pratiqué *pour des accidents de ménopause anticipée* particulièrement graves, chez une femme jeune, une hétérogreffe de deux ovaires. Le résultat a été nul ou à peu près, et cependant trois mois après une des glandes avait encore son volume normal.

2° — Mais le fait le plus intéressant est celui des greffes après ablations bi-latérales des annexes avec *conservation de l'utérus*. Les faits de ce genre sont rares, mais particulièrement démonstratifs. Il s'agit là d'autogreffes immédiates simples ou doubles.

Voici ce qui se passe. Après une période qui varie de deux à cinq mois, pendant lesquels tous les accidents de la ménopause anticipée ont sévi avec leur intensité habituelle, l'autogreffe devient le siège de phénomènes congestifs, et cependant *les malaises généraux persistent* ; puis, six à dix jours après, un écoulement sanguin se manifeste, la malade a ses règles et *tous les accidents disparaissent* ; chose curieuse, ces phénomènes

se produisent quelquefois à un quantième correspondant à l'ancienne date des menstruations, à la date où l'opérée avait l'habitude d'être réglée avant son opération. Puis, chaque mois, même poussée congestive de l'ovaire ou de l'un des ovaires greffés, poussée qui dure de quatre à six jours après *lesquels* la menstruation apparaît. De troubles généraux, à dater de la première apparition menstruelle, il n'est plus question. La greffe ovarienne est donc physiologiquement complète. J'ai eu 14 exemples suivis de cinq mois à deux ans. Ma première observation avait trait à une hystérectomie abdominale subtotale évidemment faite très haut.

La première objection que je me suis faite, c'est que *j'avais laissé un fragment d'ovaire aberrant pendant l'ablation des annexes.* Vous avez tous vu des cas de ce genre et vous m'écraserez sous le nombre de vos observations. Je ne suis pas chargé de faire la critique des opérations d'autrui, et je laisse à leur opinion ceux qui trouvent 25 p. 100 de persistance de la menstruation après la castration tubo-ovarienne. S'ils n'étaient pas mes pairs ou mes maîtres, je dirais que cela tient à leur façon d'opérer, car j'accepte comme une rarissime exception les anomalies de ce genre. Je vous ai dit autrefois que j'estimais à 5 p. 100 mes observations à cet égard, mais la lecture de mes registres m'oblige à être plus sévère encore et à vous dire : je n'ai jamais vu depuis sept ans que trois exceptions à cette règle. Si l'un d'entre vous a rencontré une de mes opérées qui contredise cette assertion, il n'hésitera pas, j'espère, à m'en avertir. Il faudrait donc une coïncidence bien extraordinaire pour que ces malades réglées soient juste ces malades chez lesquelles j'ai fait une extirpation incomplète.

Il est une autre raison pour combattre cette hypothèse : toutes mes malades, avant leurs règles (quatre à huit jours), constatent une augmentation de volume de l'ovaire greffé, et cela régulièrement, pas de menstruation sans congestion ovarienne. Deux de mes opérées dont la greffe a été *sous-péritonéale* ont bien voulu venir me voir au moment de leurs règles; elles m'ont nettement affirmé qu'elles avaient eu une légère sensation de pesanteur de l'un des deux côtés, cinq à dix jours avant la menstruation. La douleur correspondait à l'une des greffes, et, par le toucher vaginal combiné au palper, je la déterminais *du seul côté* qui avait été sensible. Après la menstruation, tout disparaissait. Or, si j'avais laissé autour de l'utérus quelque fragment d'ovaire, origine de cette menstruation, mes ovaires greffés seraient restés muets, comme le fait le congénère de celui qui travaille, quand ils sont deux. Une de mes greffées le prouve. Elle est réglée, mais certainement

c'est grâce à un fragment d'ovaire laissé dans l'abdomen, car la menstruation a commencé *six semaines* après l'opération ; 2° les greffes ovariennes ne sont le siège d'*aucun phénomène congestif.* Enfin, dans un fait cité plus loin, vous verrez que l'ablation de la greffe a amené la suppression de règles. Il n'y a donc pas de doute pour moi, c'est *bien le greffon* qui a été l'intermédiaire, et le seul intermédiaire, de la menstruation.

* * *

Ce résultat méritait d'être précisé, car il soulève des questions de *physiologie* qui, peut-être, vous intéresseront.

Un organe aussi hautement différencié anatomiquement que l'est l'ovaire, aussi nettement spécialisé, aussi compliqué dans sa structure, peut vivre par simple imbibition ou par vascularisation insuffisante à sa fonction pendant cinq mois, pourvu qu'il soit dans un sérum humain non hémolytique convenable, et, après cet hivernage il est susceptible de retrouver ses fonctions de congestion périodique et tous ses attributs physiologiques. Cet ovaire ne vaut pas un ovaire en place, car s'il en existe un la greffe ne travaille pas.

Le fait, fût-il le seul qui ressorte de nos recherches, que je ne regretterais pas le temps que je leur ai consacré.

Mais *comment et par quel mécanisme* se reproduisent ces fonctions? Je pense qu'à la vie par simple imbibition, dont le métabolisme a suffi à la nutrition de l'organe, a succédé une nouvelle existence dont une circulation normale, comprenant artères et veines, a assuré la nutrition. La première partie de cette proposition est une hypothèse plausible, mais je puis donner de la seconde une démonstration. Le 15 mars 1910, une femme de vingt-six ans, à laquelle j'avais pratiqué une double castration ovaro-tubaire, et à laquelle j'avais greffé sous la peau de la région latérale droite de l'abdomen un ovaire qui m'avait paru utilisable, vint me trouver parfaitement réglée, mais son ovaire était douloureux à chaque période menstruelle; je résolus de changer d'étage le locataire gênant, et je le disséquai pour le placer sous le péritoine. Pendant cette dissection, j'examinai à loisir la région, je vis *autour* de l'ovaire (c'était pendant une période intermenstruelle) de nombreuses veines assez volumineuses; et, à sa jonction à l'aponévrose, existait un véritable *hile*, dont les artères étaient de vrais et puissants canaux, car la section de l'une d'elles fit jaillir le sang jusqu'au delà de la table d'opération. Il s'était donc formé un nouveau hile de toutes pièces, des artères et des

veines. J'ajoute que trois mois après cette transposition la malade n'avait pas encore revu ses règles.

*
* *

Au point de vue de la *thérapeutique chirurgicale*, les greffes ovariennes n'ont donc que de très rares indications, car si elles ne sont pas accompagnées de menstruation elles laissent les malades en proie aux mêmes accidents *aigus* de la ménopause anticipée et elles peuvent être douloureuses; et si on conserve l'utérus, bien rarement on pourra trouver des ovaires utilisables chez l'opérée, et malheureusement la transplantation ovarienne, l'hétérogreffe, paraît d'une efficacité douteuse et à étudier.

La question de *physiologie pathologique* me paraît, au contraire, d'un haut intérêt. L'autogreffe presque immédiate d'un ovaire séparé complètement de l'organisme placé dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-péritonéal, est susceptible de laisser une glande caractérisée *anatomiquement* par la formation de nouvelles artères et de veines pénétrant dans le parenchyme glandulaire, par l'aspect macroscopique à peu près normal. *Physiologiquement*, la valeur de cette greffe est prouvée par la congestion menstruelle périodique, visible et tangible durant de trois à six jours dont elle est le siège; il est nécessaire qu'une certaine périodicité soit établie pour entraîner la conviction, car une seule augmentation de volume peut n'être que le prélude de la résorption du greffon. La durée de cet état physiologique peut aller jusqu'à deux ans et au delà. La preuve qu'il s'agit bien d'un état physiologique normal, c'est que chez les femmes ayant encore leur utérus, elle est suivie de la menstruation habituelle. En général, *l'ovulation précède de six à dix jours la menstruation.*

Le dernier fait à relever dans cette étude, c'est que le rétablissement de la fonction ovarienne accompagné de congestions mensuelles n'a *aucune influence* sur les accidents dits de suppression des ovaires; il me semble donc que les accidents ne peuvent être attribués à cette seule perte de la fonction ovarienne. La menstruation seule met un terme, et un terme immédiat, aux troubles de ménopause anticipée. Dès lors, je me demande, sans vouloir renverser toutes les théories, si la suppression de la menstruation n'est pas le fait capital dans ces accidents, si ce que nous attribuions à la suppression de la fonction ovarienne n'est pas dû à la suppression de l'écoulement sanguin à travers la muqueuse de l'utérus. Nos faits cliniques plaident nettement dans ce sens.

Cette étude nous conduirait à la théorie suivante des *rapports de l'ovulation et de la menstruation*. Le fait primordial serait une intoxication sanguine de la femme, intoxication dont il faut chercher peut-être la cause dans quelque sécrétion interne; normalement, la toxine agit sur l'ovaire, peut-être s'y fixe ou y est modifiée, en tous cas, provoque la congestion ovarienne — l'utérus laisse ensuite évacuer le sang contenant les toxines; si cet écoulement sanguin est supprimé, la femme restera en puissance de toxémie, qui se traduira par des troubles dits de ménopause anticipée. L'ovaire auquel on attribuait toute l'importance, aurait donc là un rôle capital, mais d'intermédiaire, entre l'intoxication primitive et l'élimination du poison par l'utérus. Il semble donc que, dans les accidents qui suivent l'ablation des ovaires, on ait attribué une part trop grande à la suppression de la sécrétion interne et que l'absence d'écoulement sanguin menstruel soit la cause principale qui amène la rétention des toxines dans l'organisme.

STATISTIQUE DE L'ORIGINE DES OVAIRES GREFFÉS.

87 Autogreffes simples :
- 51 salpingites.
- 28 fibromes.
- 2 fibromes et salpingites.
- 1 kyste de l'ovaire et salpingite.
- 2 grossesses extra-utérines.
- 2 scléroses utérines.

12 autogreffes doubles :
- 1 métrorragie (?).
- 7 salpingites.
- 4 fibromes.

1 hétérogreffe simple :
- 1 fibrome.

1 hétérogreffe double :
- 1 grossesse extra-utérine.

2 hétérogreffes et autogreffes :
- 2 malades (fibrome, sclérose utérine).

1 hétérogreffe et cold storage :
- 1 ménopause anticipée.

5 cold storage seul :
- 4 salpingites.
- 1 fibrome.

10 cold storage et autogreffe de 3 jours à 44 jours :
- 6 salpingites.
- 4 fibromes.

119

MALADES REVUES : 60

Autogreffes simples.

23 après *hystérectomies sub-totales*, ont donné :

14 avec des phénomènes de ménopause anticipée :
10 avec traces d'ovaires.
2 sans trace aucune.
2 ovaires atrophiés.

4 avec des phénomènes congestifs :

2 malades réglées :
2 mois après l'opération.
5 mois après l'opération.
L'hystérectomie particulièrement difficile aurait porté au-dessus de l'isthme.

3 malades sans aucun accident de ménopause :
2 avec trace d'ovaire greffé.
1 sans trace.

—
23

14 *Extirpations d'annexes, avec conservation de l'utérus.*

9 malades réglées :
Début de 2 à 5 mois après l'opération, durée : 48 heures à 8 jours.

3 avec congestions mensuelles :
Début cinq à six mois après l'opération.

2 avec phénomènes de ménopause anticipée :
Avec traces d'ovaires.

Autogreffes doubles.

2 *hystérectomies sub-totales.*

2 avec des phénomènes de ménopause :
1 avec trace d'ovaire.
1 (?)

5 *Extirpations d'annexes, avec conservation de l'utérus.*

5 malades réglées :
Début de 3 à 7 mois après l'opération, revues de 5 mois à 2 ans après ce début.

Hétérogreffes et autogreffes.

1 *hystérectomie sub-totale.*

1 malade :
L'ovaire hétéroplasique a disparu, l'autogreffe est le siège de phénomènes congestifs sans périodes régulières.

1 *ablation des annexes avec conservation de l'utérus.*

1 malade réglée :
Cinq mois après l'opération.

Hétérogreffe et cold storage.

1 malade pour ménopause anticipée :
Trois mois après l'opération, l'ovaire en cold storage est atrophié ; l'ovaire hétéroplastique est de volume et de consistance normaux.

Cold storage et autogreffes.

3 *extirpations d'annexes avec conservation de l'utérus.*

1 malade réglée une seule fois :
Du côté gauche (autogreffe), aucune trace.
Du côté droit (hétérogreffe), phénomènes congestifs irréguliers mais très nets.

1 ovaire douloureux (hétérogreffe) :
Transposition le 23 février 1911.

1 avec phénomènes congestifs :
A droite, ovaire de volume normal, c'est l'ovaire du cold storage ;
A gauche (autogreffe), on ne sent rien.

6 *hystérectomies sub-totales.*

5 avec des phénomènes de ménopause :
3 dont les ovaires de cold storage se sont résorbés.
2 sans désignation nette.

1 *énucléation de fibrome.*

1 règles régulières :
Aucun incident.

Cold storage seul.

2 *hystérectomies sub-totales.*

1 avec phénomènes congestifs douteux ;

1 avec phénomène de ménopause
(on ne trouve pas de trace d'ovaire).

1 *ablation des annexes avec conservation de l'utérus.*

1 avec phénomène de ménopause anticipée.

TOUTES CES MALADES ONT ÉTÉ REVUES DE CINQ MOIS A TROIS ANS APRÈS L'OPÉRATION.

Rapport.

Sur un travail de M. MOUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris, intitulé : *La hanche à ressort, d'après huit observations personnelles.*

Rapport de M. H. RIEFFEL.

Dans la séance du 24 mai dernier, M. Mouchet nous a lu sur la hanche à ressort un mémoire fort intéressant, qui mérite un rapport assez détaillé, car il concerne une question encore controversée, née, comme bien d'autres, au sein de notre Société. Et cependant, depuis le 27 juillet 1859 (date d'une discussion mémorable entre Morel-Lavallée, Chassaignac, Bouvier, à propos d'un cas de luxation volontaire du fémur chez un soldat présenté par Maurice Perrin), elle n'a plus fait, dans cette enceinte, l'objet d'aucune discussion, alors qu'elle nous revient de l'étranger, grossie de documents nombreux, bien que de valeur fort inégale, auxquels il convient d'ajouter quelques récents et importants mémoires parus en France (1). Ces documents et ces mémoires, M. Mouchet les discute dans son travail en y ajoutant huit observations personnelles, un peu trop écourtées et dont il n'a pas tiré, à mon avis, tous les enseignements qu'elles comportent.

Depuis 1859, la question était totalement tombée dans l'oubli, jusqu'au jour où notre collègue Ferraton, en 1905, créa le nom « hanche à ressort », partout adopté et traduit, en accompagnant son travail en sous-titre, du terme, bien plus exact à mon sens, de « ressaut fessier trochantérien ».

En effet, il est certain, comme le dit Mouchet, que le mot hanche à ressort n'est pas très heureusement choisi et cela pour plusieurs raisons : d'une part, il rappelle le genou, le doigt à ressort, qui sont le plus souvent des manifestations articulaires, alors que le phénomène frappant de la vraie hanche à ressort se passe tout entier en dehors de la jointure coxo-fémorale ; d'autre part, il ne s'agit pas d'un mouvement de la hanche suspendu après avoir été commencé et terminé brusquement après un temps d'arrêt. Aussi je préfère le terme *ressaut trochantérien* pour désigner ce claquement

(1) On trouvera la bibliographie complète de la hanche à ressort dans Rocher, *Gazette des Hôpitaux*, 1911, nos 30 et 33 ; — Cluzeau, *Thèse de Bordeaux*, mai 1911 ; — Mouchet et Maugis, *Paris médical*, 1911, no 25, p. 575 ; — Heully, *Revue de Chirurgie*, 1911, nos 5, 6, 7, et *Province médicale*, 9 septembre 1911, p. 361 ; — Maugis, *Thèse de Paris*, juillet 1911 ; — Von Brunn, *Deutsche Chirurgie*, Lief., 66, 2, p. 589.

sec et bref, parfois assez intense pour être entendu à distance, qui se produit au niveau de la région trochantérienne dans certaines attitudes ou dans certains mouvements et qui caractérise ce qu'on nomme la hanche à ressort ou maladie de Morel-Lavallée-Ferraton. Mais est-ce là réellement une maladie? Mouchet le pense, comme la plupart des auteurs. J'expliquerai plus loin pourquoi je ne partage pas son opinion.

Vous savez que le ressaut se produit par le passage brusque sur le grand trochanter d'une corde ou d'une bande musculaire ou fibreuse, passage s'effectuant, avec un choc plus ou moins marqué, pendant un mouvement de flexion, d'extension ou de rotation coxo-fémorales, que ce soit le fémur ou le pelvis qui représente le point fixe du mouvement. La nature de cette corde est un sujet encore très discuté, et M. Mouchet, se rangeant à l'opinion de Morel-Lavallée, de Ferraton, de Horand, de Bayer, etc., admet que c'est le bord antérieur du grand fessier qui vient sauter sur le trochanter. Il note que les fibres antéro-supérieures de ce muscle atteignent toujours la face externe et souvent le bord antérieur du trochanter dans la position de rectitude; il prétend ensuite avoir pu surprendre par la photographie la voussure que le palper lui montrait constituée par la contraction du grand fessier; enfin il fait valoir qu'au cours des opérations, il a suffi de glisser le doigt sous le bord antérieur du muscle pour faire disparaître le ressaut et le bruit.

Je ne saurais partager la manière de voir de M. Mouchet, et cela pour de multiples raisons. Ainsi, il n'est pas exact de dire que le bord antérieur du grand fessier, d'ailleurs indissolublement uni en arrière à l'aponévrose du moyen fessier, atteigne le bord antérieur du trochanter; c'est seulement dans la flexion à angle droit de la cuisse que cette apophyse se glisse sous les faisceaux antérieurs du muscle. Dans deux cas de ressaut trochantérien volontaire, que j'ai pu analyser sur des étudiants en médecine (1), j'ai

(1) Obs. I. — H... M..., vingt et un ans, externe des hôpitaux. A eu d'assez nombreux traumatismes, plusieurs chutes de bicyclette, dont une plus particulièrement sur la hanche droite, il y a trois ans. C'est à peu près à ce moment que, retenu au lit par une forte grippe, il remarqua que chaque mouvement de flexion et d'extension de la cuisse droite sur le bassin, même peu étendu, déterminait au niveau du grand trochanter un brusque ressaut, accompagné d'une sorte de déclanchement sensible à la main et perceptible sous forme de claquement sec entendu à distance. H... M... souffrait beaucoup et n'osait faire aucun mouvement dans son lit, étant littéralement effrayé par l'intensité du déclanchement; en effet, les symptômes étaient tels qu'on pouvait se demander si ce n'était pas la hanche qui se luxait. Les douleurs s'atténuèrent par quelques séances de massage. Depuis cette époque, H... M... est resté longtemps sans présenter aucun symptôme du côté de la

vu que la bande qui se déclanche est verticalement ascendante, qu'elle remonte de la partie postérieure du trochanter vers le tubercule pyramidal de l'os iliaque, et qu'elle n'affecte nullement la direction oblique en haut et en arrière du bord antérieur du grand fessier. Puis, ce muscle n'est pas nécessairement contracté et, précisément sur les deux étudiants auxquels je fais allusion, il était manifestement à l'état de repos, tandis que la bande ressautait sur le trochanter. En outre, quelques opérateurs, après avoir sectionné le fascia lata en arrière de cette saillie osseuse, ont constaté qu'en introduisant le doigt sous ce fascia, on fait, tout aussi bien qu'en l'insinuant sous le grand fessier, cesser le déclanchement et le bruit de claquement. Enfin, particularité importante, pour que le ressaut se produise, il faut (et M. Mouchet lui-même l'écrit) que la jambe soit raidie, autrement dit, que la bande de Maissiat soit tendue. Pour tous ces motifs, j'estime que, si le grand fessier intervient, comme je l'expliquerai dans un

hanche. C'est seulement à certains moments que, durant la marche, le ressaut se produit quand la cuisse passe de la flexion à l'extension ; mais il est à peine perceptible à l'oreille, n'est plus douloureux, et seulement un peu agaçant. A l'heure actuelle (c'est H... M... qui écrit) : « pour mettre le phénomène en relief, je dois presque faire le simulateur ; me tenant à cloche-pied, et, raidissant toute ma jambe, j'obtiens, à l'occasion de la flexion et de l'extension de la cuisse sur le bassin, un brusque ressaut, appréciable à la main et à l'oreille, d'autant plus marqué que je me contracte davantage, et que j'appuie plus énergiquement ma main sur le trochanter. Il me semble que l'adduction forcée et la rotation en dedans de la jambe soient une condition de production optima pour obtenir ce ressaut ; néanmoins, il est perceptible dans touteattitude, pourvu que je me contracte fortement. Pendant la marche, les symptômes précités se retrouvent, mais moins marqués ; ils existent aussi d'une manière fruste à la hanche droite ».

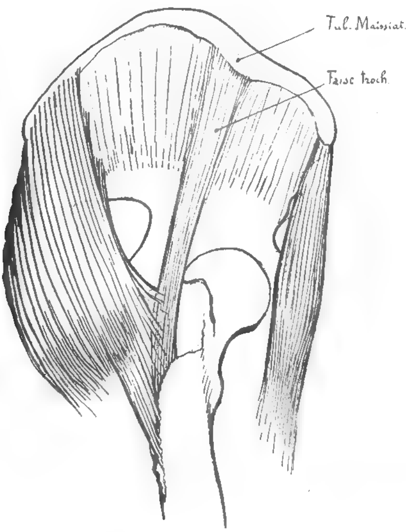
Obs. II. — J... M..., vingt-huit ans, interne des hôpitaux, s'est aperçu, depuis fort longtemps, d'un déclanchement à la jambe gauche, auquel il ne connaît aucune cause occasionnelle. Le phénomène ne se produit que dans la station hanchée, le corps reposant sur le membre inférieur gauche, le droit légèrement fléchi. Lorsque le sujet se place ainsi et qu'il fait tourner son fémur en dedans ou en dehors, il perçoit un ressaut très net, au moment où le trochanter se porte en avant ou en arrière, ressaut dont il peut modifier l'intensité en faisant varier le degré de la position hanchée. En palpant la fesse, on se rend compte que le grand fessier n'est pas du tout tendu et il est facile au sujet de le contracter alternativement. Or, qu'il soit tendu ou non, le déclanchement a lieu, pourvu que la station hanchée soit au maximum, et il se produit sur le bord postérieur du trochanter dans sa partie supérieure. On sent, lorsque le trochanter tourne, que son bord postérieur vient de passer sur une corde fortement tendue et que celle-ci, après avoir été soulevée par la saillie osseuse, se place en position rectiligne. Lorsque le sujet plie le tronc sur la cuisse, le déclanchement ne se produit plus, bien qu'à ce moment le grand fessier soit fortement contracté.

instant, le bord antérieur de ce muscle ne saurait constituer la bande qui ressaute dans le trochanter. A plus forte raison (et, à cet égard, je partage entièrement l'avis de M. Mouchet), ne puis-je souscrire à l'opinion de M. Heully, soutenant, en s'appuyant sur un unique cas personnel, que la hanche à ressort, qu'elle soit congénitale ou traumatique, est liée à l'insertion basse du tendon du grand fessier. Il est au moins singulier que pareille disposition n'ait jamais été décrite par aucun anatomiste et n'ait été vue, dit M. Mouchet, par aucun autre chirurgien que M. Heully.

M. Mouchet fait bon marché de la bande de Maissiat, sur le rôle de laquelle insistent Guermonprez, Pagniez, Pupovac, Staffel, Hohmann, etc. Zur Verth et son élève Schepers s'imaginent même avoir découvert une partie profonde de cette bande, à laquelle ils donnent le nom de *tractus cristo femoralis*, et donnent à la hanche à ressort le nom de *luxatio tractus cristo femoralis*, dénomination assez communément acceptée en Allemagne. Les fibres de ce tractus, sensiblement verticales, se portent du tubercule de Maissiat vers la partie supérieure de la crête fessière, en cheminant immédiatement derrière le grand trochanter et en s'unissant aux fibres tendineuses du grand fessier. Je crois, comme les précédents auteurs, au rôle de ce tractus, car c'est bien sa direction qu'affecte la bande visible et palpable, qui ressaute sur le grand trochander. Mais je n'éprouve nul besoin de lui donner un nom nouveau, comme le fait Zur Verth, et comme le répètent après lui (je le regrette) Rocher, Mouchet et Heully. Je l'appelle simplement le *faisceau trochantérien de la bande de Maissiat*. Maissiat en avait, en effet, saisi toute l'importance, puisqu'il décrivait le gros ruban aponévrotique qui passe sur le trochanter sous le nom de *bande ilio-trochantéro-tibiale*, et insistait sur l'intérêt du point intermédiaire, assujetti au grand trochanter, sans lequel, dit-il, il est impossible de comprendre le jeu de cette bande (1). Et il s'explique d'une façon plus précise encore dans ses *Études de physique animale* (2). « Cette bande est assujettie de manière à ne pas abandonner le trochanter par des brides qu'on voit en avant et en arrière. Celles de ces brides qui vont en arrière s'unissent, en se recourbant, au tendon du grand fessier; quelques fibres se recourbent plus encore, s'engagent sous le faisceau externe du triceps et rentrent s'implanter au fémur. » N'est-ce pas là le *tractus cristo femoralis*? On me pardonnera cette citation, utile à une époque où l'on trouve si facilement des choses nouvelles en l'appropriant le bien d'autrui.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1842, t. XIV, p. 362.
(2) Paris, 1843, p. 7.

Je me range dans le camp de ceux qui attribuent le rôle essentiel à la bande de Maissiat. Mais je précise qu'il s'agit spécialement de son faisceau trochantérien, en m'appuyant sur les données cliniques, sur mes expériences cadavériques, pratiquées en présence de mon ami Lecène, sur la direction du ruban qui ressaute, et sur ce fait aussi que, si la contraction du grand fessier n'est pas nécessaire pour la production du phénomène, il est, par contre, indispensable que la bande ilio-trochantéro-tibiale soit tendue.



On ne saurait arguer, d'ailleurs, comme le fait M. Mouchet, « qu'une simple bandelette fibreuse, même considérablement épaissie, n'est pas capable de former une voussure aussi appréciable que celle du grand fessier »; car c'est oublier que ce que nous appelons à tort bandelette, est, en réalité, un ruban large de 5 à 8 centimètres, qui n'est nullement isolé, mais fait partie intégrante du fascia lata, dont elle constitue la portion la plus épaisse et la plus résistante, et qu'en outre elle adhère intimement, par sa face profonde, aux fibres d'origine du muscle moyen fessier.

Toutefois si, à mon sens, le rôle principal dans la production de la corde de la hanche à ressort appartient à cette portion résistante du fascia lata, je considère qu'elle ne le joue qu'à la condition de conserver ses connexions avec les parties musculo-tendineuses qui se perdent dans son épaisseur. L'intérêt de ces connexions n'a pas échappé à M. Rocher, qui décrit une bande

fibro-tendineuse du grand fessier, ni à M. Heully, qui compose le mot tractus fascio gluteal pour désigner le relief que fait cette bande. Mais, longtemps avant eux, Farabeuf (1) avait insisté sur ces particularités dans ses leçons sur le deltoïde fessier, et mes dissections récentes m'ont montré l'exactitude de son opinion, à savoir « que les fibres du bord supérieur du grand fessier, qui se jettent sur l'aponévrose, constituent un véritable tenseur postérieur du fascia lata, antagoniste, jusqu'à un certain point, du tenseur proprement dit, relativement à la rotation de la cuisse. En réalité, c'est le fascia lata qui monte jusqu'à la crête iliaque sous le nom d'aponévrose du moyen fessier. Autrement dit : de la crête iliaque descend une aponévrose très résistante, qui glisse sur la face externe du grand trochanter et partage ses fibres pour former deux parties indistinctes extérieurement : 1° le fascia lata proprement dit, qui reçoit son muscle tenseur et s'insère au tibia; 2° une bandelette postérieure, très forte, qui, après avoir contourné le grand trochanter, s'insère au tubercule supérieur de la bifurcation externe de la ligne âpre. C'est elle qui reçoit les insertions des fibres supérieures du grand fessier et transmet leur action au fémur. » Cette bandelette n'est autre que le faisceau trochantérien du ruban de Maissiat; c'est elle qui, descendant un peu curviligne le long du versant postéro-externe du grand trochanter, joue, à mon avis, une action prépondérante sur la hanche à ressort.

Je m'excuse d'être entré dans ces détails anatomiques, mais ils m'ont semblé indispensables. Voici, en définitive, ma conception, qui s'éloigne beaucoup de celle de Mouchet et se rapproche davantage de celle de Rocher. Le grand trochanter est recouvert, comme d'une coiffe fibro-tendineuse, par le fascia lata, spécialement, sur sa face externe, par la partie superficielle de la bande de Maissiat et, sur son versant postérieur, par le faisceau trochantérien de cette bande remarquablement fort et épais, recevant les insertions supérieures du grand fessier et doublé, à sa face profonde, par les fibres du moyen fessier. Ce fascia, avec ses dépendances, est, dans l'extension de la cuisse, étroitement appliqué et même tendu sur le grand trochanter, contre lequel son faisceau postérieur (trochantérien) est particulièrement maintenu par le grand fessier, qui agit moins souvent par sa contraction active que par sa résistance passive, par ses propriétés élastiques et toniques. Dans la

(1) Farabeuf. *Dict. Dechambre*, art. « Fessier », 4e série, t. Ier, p. 741, *1877*. Je cite à dessein cette date, car je ne suis pas satisfait de voir attribuer à Chudzinsky (1898) et à Poirier (1899) ce que Farabeuf a enseigné vingt ans avant eux.

flexion de la cuisse, les rapports se modifient; le trochanter se porte en arrière ou, ce qui revient au même, il se fait un glissement du faisceau trochantérien de la bande de Maissiat d'arrière en avant sur cette apophyse, glissement naturel, normal, qui devient, lorsqu'il s'accompagne d'un bruit et d'un claquement, le phénomène du ressaut trochantérien décrit comme hanche à ressort périarticulaire. Mais, je le répète à dessein, le ruban ilio-trochantérien ne peut vibrer que s'il conserve ses connexions avec le grand fessier, dont le bord antérieur, je l'accorde volontiers, participe alors au ressaut, mais dans la flexion ou la rotation externe seulement. C'est parce que Ferraton a respecté ces connexions par une incision parallèle aux fibres charnues que, chez son soldat, le déclanchement bruyant a persisté après l'intervention. C'est parce qu'elles sont détruites, lorsqu'on pratique une longue et profonde incision rétro-trochantérienne verticale, que la plupart des opérateurs ont obtenu la cessation du phénomène; car je ne crois guère, malgré Mouchet, à la nécessité et à l'efficacité de ces pexies, préconisées par nombre de chirurgiens étrangers, d'autant qu'il me paraît tout à fait illusoire de prétendre fixer telle ou telle partie du fascia lata ou du tendon fessier au périoste trochantérien ou à l'aponévrose d'insertion du vaste externe et, partant, de vouloir supprimer ou entraver les déplacements physiologiques du deltoïde fessier sur l'apophyse trochantérienne. Tout ce qu'on réalise par de telles interventions, c'est sans doute le transport de la bande de Maissiat en un point plus antérieur du trochanter, point au niveau duquel le ressaut est devenu impossible. Aussi bien, semble-t-il plus rationnel, si on veut opérer, de faire, à l'exemple de Voelcker (1), la myotomie à ciel ouvert du grand fessier, qui me paraît être la méthode de choix. On détruit ainsi les connexions du faisceau profond du fascia lata avec le tendon du grand fessier; alors que celui-ci conserve sa position rétro-trochantérienne dans nombre d'attitudes et de mouvements, celui-là se relâche, devient plus rectiligne, et, n'étant plus retenu aussi étroitement contre le trochanter, peut s'en écarter dans une certaine mesure et exécuter sans bruit ni ressaut ses déplacements physiologiques. Et, puisque cette myotomie amène la cessation du phénomène, il n'est certainement pas possible que l'insertion basse du grand fessier soit, comme le veut M. Heully, la cause de la hanche à ressort. C'est plutôt le contraire qui me paraît l'expression de la vérité. D'ailleurs, M. Mouchet, qui a soumis à une critique sévère la conception de M. Heully, et n'a pu reproduire ses expériences cadavériques, fait remarquer que la plupart des sujets porteurs de hanche

(1) Voelcker. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1911, t. LXXII, p. 619.

à ressort sont très musclés et que, chez eux, la contraction du grand fessier, pendant le ressaut, paraît évidente à la vue et au palper.

Mais pourquoi le ressaut trochantérien ne se produit-il pas chez tous les sujets et n'a-t-il lieu que chez quelques-uns avec bruit et déclanchement? Nous abordons ici la question vraiment difficile à élucider et sur laquelle l'accord n'est pas près de se faire. Aussi je regrette que mon ami Mouchet se soit contenté de rappeler les théories en cours sans apporter aucun éclaircissement.

Sans parler du rôle tout à fait hypothétique de la bourse séreuse trochantérienne profonde, on peut concevoir que la corde vibrante ait, dans certains cas, plus de peine à doubler le cap trochantérien parce qu'il existerait des particularités dans la configuration de l'extrémité supérieure du fémur, telles que excès de longueur du col, diminution de l'angle du fémur, saillie de l'angle trochantéro-fémoral, exostoses du trochanter, etc. Guermonprez et Rocher se sont institués les défenseurs de cette théorie osseuse, en invoquant, l'un une saillie spéciale voisine du bord postérieur du grand trochanter, l'autre le développement exagéré d'un tubercule normal situé à la partie inférieure de la crête du moyen fessier. Je n'ai pas été plus heureux que Mouchet : je n'ai pas retrouvé ces tubercules, auxquels Humphrey, Schwegel Krause, dans leurs études si complètes sur les variations des os, ne font aucune allusion.

Que le ressaut s'opère sur le grand trochanter, la chose est évidente. Mais que des particularités dans la morphologie de cette apophyse soient des conditions suffisantes pour sa production, cela me paraît contestable ou tout au moins très imparfaitement établi. Si cette théorie osseuse était bien exacte, il me semble que le ressaut devrait s'opérer même durant l'exécution des mouvements passifs, sans aucune résistance du sujet, et persister, quand celui-ci est sous le sommeil chloroformique. Or, il n'en est rien. En effet, il est une constatation d'importance majeure qui se dégage de la lecture de toutes les observations bien prises. C'est que le ressaut exige, pour se manifester, certaines attitudes préparatoires, qui ont toutes pour résultat, d'une part d'exagérer la tension de l'appareil de Maissiat et de provoquer l'application plus étroite du deltoïde fessier et peut-être aussi des fibres antérieures du moyen fessier sur le grand trochanter, d'autre part, de déterminer une saillie marquée de cette apophyse et de la placer dans une orientation qui favorise l'arrêt momentané de la corde derrière son arête postérieure. Ces attitudes préparatoires peuvent différer d'un individu à l'autre (extension de la cuisse ou du tronc, adduction et rotation du fémur, inclinaison

du bassin du côté opposé, très souvent station hanchée, qui est parfois une pose professionnelle, etc., quelquefois contraction hystérique de la hanche), et il est remarquable de noter que, suivant le degré de la position initiale, le bruit de claquement varie souvent d'intensité.

Qu'ayant pris l'une de ces attitudes, le sujet exécute alors, dans le décubitus, pendant la marche ou dans la station debout, par des mécanismes sur lesquels je ne veux pas insister, un mouvement qui entraîne le passage du faisceau aponévrotique sur le grand trochanter, ce passage pourra à l'occasion — notamment si le faisceau supérieur du grand fessier est très développé ou contracté et qu'il tend ainsi à fixer plus énergiquement le faisceau derrière le trochanter — s'accompagner d'un ressaut léger que perçoit le sujet et qui l'étonne. Intrigué, il le recherche et, à force de le répéter, peut arriver à le développer, à le transformer en un ressaut bruyant, et ainsi se constitue le sujet prenant volontairement une attitude spéciale, ce que Mouchet nomme la *hanche à report périarticulaire volontaire*, dite sans doute aussi à tort *congénitale*. Et puisqu'il faut une certaine éducation, une certaine dextérité pour devenir un bon « hancheur », ne faut-il pas s'étonner, si les étudiants en médecine et les médecins, plus habiles à analyser leurs sensations, tiennent la tête dans les statistiques (16 sur 54) (1). Ces sujets ne sont pas des malades, ce sont des artistes en leur genre. Un très fort contingent (20 sur 52) est fourni ensuite par beaucoup d'ouvriers et par les soldats qui, ayant bien appris les circonstances nécessaires à la production du phénomène, réussissent souvent à exploiter leur « truc », soit pour en retirer un bénéfice, en le mettant sur le compte d'un accident du travail, soit pour se faire exempter du service militaire. Il importe que les experts et nos confrères des armées connaissent bien ces détails, sur lesquels Mouchet insiste à juste titre. Il cite notamment le cas de deux étudiants en médecine qui, porteurs d'une hanche à ressort volontaire, ont été assez malins, l'un pour se faire réformer, l'autre pour se faire verser dans un service auxiliaire. Ces sujets ne sont plus seulement des artistes, ce sont des simulateurs.

A côté de la hanche à ressort volontaire qui ne se complique

(1) Statistique de la thèse de Maugis, à laquelle s'ajoutent mes deux cas personnels. Maugis passe sous silence les quatre observations de Voelcker et les deux observations de Schwahn (*Deutsch. Militärärtztl. Zeitsch.*, 1911, p. 123), qui étaient cependant publiées au moment de l'impression de sa thèse. Depuis a paru un travail de Wette (*Arch. f. orthop. Mechanoth. u. Unfallchir.*, 1911, X, p. 143), qui renferme deux nouveaux faits de hanche à ressort périarticulaire.

d'aucun trouble fonctionnel, M. Mouchet, avec la plupart des auteurs, en distingue une deuxième variété — véritable infirmité ou maladie — qui serait *habituelle* ou *acquise* et qui se caractériserait par ces faits qu'elle serait toujours consécutive à un traumatisme plus ou moins grave, que le ressaut se produirait indépendamment de la volonté du patient et s'accompagnerait de douleurs notables, de troubles de la marche, d'une légère claudication, accidents qui pourraient, dans certains cas, être assez sérieux pour justifier une intervention chirurgicale.

Autant je partage les idées de M. Mouchet sur la hanche à ressort volontaire, autant je suis sceptique et peu d'accord avec lui en ce qui concerne la hanche à ressort traumatique. Assurément, cette question est encore à l'étude, et je n'ai pas la prétention de la trancher d'une façon absolue. Mais si j'apprécie les faits en toute impartialité, voici les commentaires qu'ils me suggèrent :

D'abord la douleur, la gêne de la marche ne constituent pas un élément de diagnostic infaillible, car tous les hancheurs volontaires de bonne foi disent que la reproduction du ressaut pendant dix minutes, un quart d'heure provoque une certaine sensibilité locale, une faible boiterie et des souffrances pendant la marche. D'ailleurs M. Maugis, élève de Mouchet, écrit : « Les douleurs, même dans ces cas, n'existent que chez les nerveux ou chez ceux qui ont intérêt à simuler. » En second lieu, comme l'a bien fait remarquer M. Rocher, il est des sujets chez lesquels « la répétition fréquente des mouvements nécessaires à la production du ressaut peut se transformer en un véritable tic ou en un mouvement d'habitude. » C'est donc un ressaut soi-disant habituel ou acquis pour lequel le sujet, qui a intérêt à le faire, peut aisément invoquer à l'origine un traumatisme, qui, s'il a réellement eu lieu, n'a été en somme qu'un agent révélateur ou un agent d'aggravation. — Et puis, en analysant attentivement les vingt-deux observations de hanche à ressort traumatique publiés jusqu'à ce jour par M. Maugis, combien leur nombre est exagéré! combien il faut être réservé avant d'affirmer que le trauma et le ressaut trochantérien ont une relation directe de cause à effet! Que penser des malades de Mouchet et Mériel (1), qui prétendent souffrir à

(1) Voici résumée l'observation encore inédite de Mériel, communiquée à la Société de chirurgie et citée dans les mémoires de Heully et Maugis. Je n'ai pu rapporter cette observation, M. Mériel ayant été nommé membre correspondant national.

OBSERVATION DU D[r] MERIEL (résumée). — Pierre B..., vingt-deux ans, ouvrier ferblantier, était occupé le 1[er] juillet 1905, à réparer une dalle sur un toit lorsqu'il fit un faux pas sur une tuile et tomba sur le pavé d'une hauteur de 7 mètres. Transporté à l'hôpital, il y demeura quinze jours. Il constata alors

tel point qu'ils se déclarent impotents et qui se refusent à être débarrassés de leur infirmité au prix d'une opération simple et sans danger? Comment affirmer le rôle déterminant du traumatisme chez les sujets vus par Pagniez, Hoffmann, Kusnetzow, et chez lesquels le ressaut n'est apparu que 4, 6, 8, 10 ans après une chute sur la hanche? Voici un fait de Jaboulay, rangé par Maugis dans les cas traumatiques et que des experts, qui se nomment Ollier et Levrat, ont considéré sans hésitation comme un cas de simulation. Ne sont-ils pas aussi des simulateurs, ce paysan de Staffel qui s'appuyait sur la jambe dont il prétendait souffrir, ainsi que ce tisserand de Guermonprez qui ne pouvait produire

qu'il ne pouvait marcher sans béquilles. C'est surtout la cuisse droite qui se déboitait, dit-il, à chaque pas et rendait la démarche mal assurée. Les diagnostics portés par différents médecins furent : contusion de la hanche; hystéro-traumatisme; subluxations habituelles ou volontaires de la tête fémorale, qui se produisait dès le commencement du mouvement de flexion de la cuisse. En juillet 1906, Mériel fut appelé à l'examiner aux fins d'une expertise. Le tronc et le bassin étaient légèrement inclinés à gauche, ce qui déterminait une légère scoliose à concavité dorsale droite et lombaire gauche. Le malade couché, on remarquait une difficulté pour maintenir les deux épines iliaques au même niveau, à cause de l'inclinaison du bassin de droite à gauche ». Mais c'est surtout à l'occasion des mouvements de flexion et d'extension qu'apparut la caractéristique de l'affection. Dès que la flexion débute, on voit, au niveau de la région trochantérienne droite, se dessiner une saillie de plus en plus forte, ferme, charnue, tel un gros faisceau musculaire tendu qui montait sur le trochanter, atteignait le sommet et brusquement sautait par-dessus ce sommet. Ce mouvement d'ascension et de descente, d'arrière en avant sur le trochanter, s'accompagne d'un bruit sourd, sorte de claquement, qui se reproduit, mais plus fortement, dans le mouvement de retour, d'avant en arrière. Le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin, après avoir déterminé cette saillie, et ce bruit ne peut être complété; le fémur semble fixé, et insister provoquerait des douleurs au niveau de la région coxo-fémorale. Il semble donc que le fémur soit arrêté, calé, en quelque sorte par un obstacle invincible. Le malade veut-il ramener sa cuisse dans l'extension, dès le mouvement commencé, voici qu'apparait de nouveau la saillie musculaire, qui repasse et saute le trochanter avec le cloc d'une luxation qui se réduit. L'adduction et la rotation en dedans amenaient la reproduction du même phénomène. La répétition de ce ressaut dans les mouvements de la marche rend celle-ci mal assurée et, au bout d'un certain temps, fort pénible et fort douloureuse. Qu'il s'agisse de mouvements actifs ou passifs, le même ressaut trochantérien se produit d'égale façon. La radiographie, faite par le D[r] Cluzet, et prise au moment où le ressaut est à son maximum, a prouvé que la tête fémorale est restée en rapport normal avec le cotyle. Elle a montré l'existence au niveau et même au-dessus du rebord cotyloïdien, sur la même ligne que le sommet du grand trochanter d'une saillie osseuse, douloureuse au palper; due au traumatisme et Mériel pense qu'elle a dû jouer un rôle important dans l'accrochage de la corde constituée par lui, sur la bande du fascia lata. Il a proposé à son malade une intervention dans le but de supprimer cette exostose articulaire. Mais celui-ci s'y est toujours refusé.

le ressaut qu'après avoir accompli le geste préparatoire, « avec une précaution attentive et très étudiée » qui obtint cependant une transaction de 1.500 francs? Et ne faut-il pas distraire de la hanche à ressort traumatique l'observation de notre collègue Thiéry (1), dans laquelle manque le ressaut trochantérien tel que nous l'avons défini, alors qu'on ne constatait dans le muscle pyramidal de la fesse qu'un noyau induré « qui se luxait au dessus du trochanter dans les mouvements étendus de flexion de la cuisse et tendait à reprendre brusquement sa place en arrière du col fémoral dans les mouvements d'extension du tronc, d'où le craquement perçu par le blessé et par nous-même ».

Je ne veux pas pousser plus loin cette critique. Mais je reste convaincu, qu'ils doivent être très exceptionnels les cas où le traumatisme (ayant déterminé une hypertrophie pathologique du trochanter ou une rétraction, un épaississement cicatriciels du faisceau trochantérien de la bande de Maissiat) apparaît comme le facteur étiologique incontestable de la hanche à ressort et où celle-ci constitue une véritable maladie et non une particularité fonctionnelle, un simple artifice, ou une habitude vicieuse contractée soit involontairement soit dans un but intéressé.

C'est à la hanche à ressort périarticulaire que M. Mouchet consacre la première partie de son travail. La seconde partie concerne ce qu'il nomme, avec Gaugele, la hanche à ressort articulaire, bien à tort je le crois, ainsi que MM. Rocher et Heully. Je n'en dirai rien, car c'est sortir de la question de la hanche à ressort. Il ne me paraît pas très heureux de désigner sous ce nom une affection d'ailleurs très rare, qui est en réalité une subluxation en arrière intermittente, volontaire ou habituelle, de la tête fémorale, avec lésions du sourcil ou du bourrelet cotyloïdien, avec déplacement articulaire, souvent visible à la radiographie, avec ascension réelle du grand trochanter, s'accompagnant, à la rentrée de la tête dans le cotyle, d'un bruit sourd et profond, qui, comme l'a noté notre cher et regretté collègue Ch. Nélaton, est tout à fait différent de celui qu'il a reconnu sur un soldat de Ferraton et n'est nullement produit par une bande contournant avec un cloc le grand trochanter. Pour être net et précis, si l'on veut conserver le mot hanche à ressort, qu'il soit bien spécifié, une fois pour toutes, qu'il ne doit s'appliquer qu'au phénomène du ressaut trochantérien.

En terminant ce trop long rapport, je dois m'excuser d'avoir abusé de votre bienveillante attention et je vous propose

(1) Thiéry. *Congr. franç. de chir.*, 1909, p. 293.

d'adresser nos félicitations et nos remerciements à notre collègue des hôpitaux M. Mouchet, pour son intéressant et substantiel travail.

La carie costale consécutive aux abcès du foie, par M. A. LECOMTE.

Rapport de M. H. MORESTIN.

M. A. Lecomte, médecin des troupes coloniales, nous a adressé un mémoire fort étendu, consacré à un sujet en apparence un peu chétif, mais qui ne laisse pas d'offrir quelque intérêt. Il s'agit des lésions costales qui peuvent compliquer l'évolution des abcès du foie et surtout se montrer consécutivement à leur ouverture chirurgicale. Chauvel avait autrefois attiré l'attention sur les faits de ce genre, que l'on trouve depuis mentionnés dans divers traités et publications et qui sont connus, j'en suis sûr, de tous ceux qui s'occupent de la chirurgie des pays intertropicaux. Pour ma part, dans mes cours de l'Institut de médecine coloniale, je ne manque jamais de signaler chaque année les conséquences ennuyeuses d'une telle complication et les longs retards qu'elle peut apporter à la guérison.

Il est très vrai, cependant, et M. Lecomte a raison de le faire observer, que l'on n'attache généralement pas à ces lésions chondro-costales l'importance qu'elles méritent. Elles doivent d'autant plus retenir l'attention qu'elles sont peut-être plus fréquentes qu'autrefois, à cause du nombre croissant des interventions transthoraciques. Les abcès de face convexe, à évolution thoracique, sont actuellement attaqués systématiquement par la voie transpleuro-diaphragmatique, même quand ils sont encore d'un faible volume, dès que leur existence est dûment constatée, et les malades en tirent le plus grand bénéfice. Mais il est certain que si l'on ne prend de grandes précautions, il y a, dans cette pratique, une cause jadis inconnue d'infection des côtes et cartilages sectionnés ou simplement exposés dans la plaie.

M. Lecomte a eu justement l'occasion d'observer un malade porteur d'une de ces ostéo-chondrites envahissantes et rebelles, et il a pu se rendre compte de la ténacité de l'affection par la peine infinie qu'il a dû prendre pour obtenir la guérison. Le sujet était un malheureux soldat d'infanterie coloniale, qui avait été opéré au Tonkin en octobre 1909, pour une hépatite suppurée du lobe droit. L'abcès était, sans doute, devenu presque superficiel, car on se contenta d'abord de pratiquer dans le 7ᵉ espace une

incision, sans résection costale. Mais un peu plus tard, on dut faire d'autres interventions pour assurer un meilleur drainage.

L'opéré se remonta, la suppuration diminua peu à peu, mais une fistule persista. Le soldat fut rapatrié et, huit mois environ après l'ouverture de son abcès, arriva à Marseille, où il fut confié aux soins de M. Lecomte. Celui-ci put constater que la fistule siégeait au centre d'une dépression située entre les 6e et 8e côtes, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, entourée de cicatrices irrégulières, et de tissus empâtés, indurés, phlegmasiques.

Peu de jours après, il mit à découvert le foyer de la suppuration, qui était exclusivement pariétal, l'abcès du foie étant cicatrisé; il enleva à la curette des débris de cartilages, des fragments osseux, des bourgeons fongueux et nettoya toutes les anfractuosités de la plaie avec la plus grande minutie. Après une atténuation éphémère, la situation resta la même.

Nouvelle intervention au bout de deux mois. Résection de la 6e côte, de fragments de la 7e et de la 8e, destruction de tous les tissus suspects. Cautérisation au chlorure de zinc. Nouvelle amélioration, mais de courte durée.

Une tuméfaction douloureuse se montre sur la 5e côte et le cartilage correspondant. La suppuration ne tarit pas. On opère encore, pour évacuer une collection siégeant à ce niveau.

Ce n'est qu'à la fin de novembre, au bout de six mois, que la plaie acheva de se cicatriser.

Si ce malade guérit, il le doit assurément à l'extrême attention avec laquelle M. Lecomte l'a surveillé et pansé; à l'admirable conscience que notre confrère a apporté à cette tâche ingrate.

M. Lecomte a pu sans peine réunir trois autres observations inédites à peu près analogues; d'après ces documents et ceux qu'il a pu recueillir en petit nombre dans la littérature, il essaie d'ébaucher l'histoire de la « carie costale consécutive aux abcès du foie ».

Si, dans la très grande majorité des cas, l'infection chondro-costale est notée chez des sujets opérés par voie transthoracique, on a pu exceptionnellement voir ces lésions s'établir à la suite d'une intervention portant sur l'abdomen, mais intéressant la paroi au voisinage immédiat du rebord des fausses côtes.

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu résection costale, et l'auteur note expressément que les simples incisions dans un espace intercostal, loin de garantir les côtes contre l'infection, semblent y exposer davantage à cause du drainage imparfait et de la durée plus longue de la suppuration. Il en est de même des résections parcimonieuses.

Quoi qu'il en soit, une fois installée, la lésion pariétale acquiert en quelque sorte son autonomie, elle survit à la suppuration hépatique, elle évolue pour son propre compte longtemps après que celle-ci a pris fin.

Non seulement les côtes immédiatement en rapport avec la brèche opératoire s'enflamment, se nécrosent, entretiennent la suppuration, mais des côtes voisines, et plus encore des cartilages se prennent de proche en proche. L'affection semble gagner plus volontiers du côté du sternum, que du côté dorsal. Le sternum lui-même peut être atteint à la longue. L'ostéo-chondrite évolue lentement, sourdement, donnant lieu de temps à autre à quelque poussée subaiguë. Elle est désespérante par sa ténacité, par ses rechutes, par la réapparition de foyers en activité, alors que l'on croyait l'infection éteinte.

Il est donc bien certain qu'une telle complication est des plus pénibles pour le malade et constitue une sérieuse aggravation du pronostic de l'abcès hépatique.

A vrai dire, la physionomie clinique de ces ostéo-chondrites ne me paraît pas au fond très différente de celle que l'on peut observer dans les infections quelconques des côtes et des cartilages, réalisées à la suite d'empyème, d'arthrite suppurée sterno-claviculaire, de tuberculose ouverte ou de toute autre lésion. La seule circonstance à relever ici, c'est la coïncidence avec l'abcès du foie, qui a fourni le prétexte de l'inoculation. L'infection une fois réalisée et passée à l'état chronique, on sait combien elle est lente à disparaître quelles qu'en soient la cause et la nature, surtout quand il s'agit de cartilage pauvre, tissu qui ne se défend pas.

On conçoit sans peine que chez les sujets atteints d'hépatite, de telles lésions s'établissent aisément, s'étendent avec rapidité et guérissent laborieusement. Ce sont ordinairement des hommes, profondément débilités par un séjour prolongé dans des pays malsains, où ils ont vécu dans des conditions déplorables. Après avoir traversé tous les aléas d'une grave suppuration du foie, ils sont presque tous profondément cachectiques et n'offrent aucune résistance. En outre, dans la région où se fait l'incision transthoracique, sont réunies des conditions particulièrement favorables pour la diffusion du processus pathologique, mobilité constante, laxité du tissu cellulaire au niveau des espaces intercostaux et du rebord costal, aspiration thoracique.

L'auteur, qui envisage un peu sommairement la pathogénie, semble s'arrêter surtout à l'hypothèse d'un envahissement des lymphatiques régionaux, probablement par des streptocoques.

L'étude de ces suppurations pariétales mériterait cependant d'être reprise avec le plus grand soin au point de vue des agents qui créent,

entretiennent et diffusent l'infection sur un territoire souvent très vaste. A cet égard, les données positives nous manquent encore. Il est toutefois permis de se demander si les amibes dont on connaît actuellement le rôle si important dans la dysenterie et l'hépatite suppurée des pays chauds n'interviennent pas encore dans la genèse de cette complication.

M. Menetrier a eu l'occasion d'observer un cas de phagédénisme de la paroi abdominale consécutif à un abcès du foie; il a trouvé justement des amibes dans les tissus altérés, constatation dont on saisit immédiatement toute l'importance.

Plus récemment, H. Legrand, dans le remarquable rapport qu'il a soumis au IIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie, après avoir mentionné les ostéites costales parmi les complications de l'abcès du foie, les explique par un envahissement du tissu osseux et du cartilage par les parasites amibiens, lesquels, comme d'ailleurs on le sait, sont constamment accompagnés dans les suppurations par d'autres agents pathogènes. Cette interprétation me paraît, à moi, excessivement séduisante. Il y aurait un ensemencement amibien des espaces celluleux, du périoste, du périchondre, et consécutivement des infections secondaires.

Il serait bon néanmoins, pour admettre définitivement cette vue pathogénique, que des examens précis soient pratiqués systématiquement, qui nous fourniraient des documents irrécusables.

J'ai hâte d'arriver à la partie du travail de M. Lecomte, qui a trait à la thérapeutique, car ici je ne saurais trop l'approuver. Les incisions étroites, les résections osseuses trop limitées doivent être sévèrement bannies. Il faut se donner tout le jour nécessaire, réséquer une, deux ou trois côtes, ou le rebord costal, dans toute l'étendue nécessaire pour n'être aucunement gêné dans l'abord, l'ouverture, l'évacuation et le libre drainage de la cavité pathologique. C'est justement en assurant la parfaite vidange et la désinfection de l'abcès, s'il est encore septique, en le mettant dans les meilleures conditions pour guérir rapidement, que l'on réduira au minimum les chances d'inoculation pariétale. Tout en réduisant dans la plus grande mesure possible les dangers de la suppuration hépatique, on épargnera au malade les indicibles ennuis d'une maladie surajoutée, désolante par sa ténacité, par sa tendance à se répéter sans cesse pendant un temps indéterminé.

M. Lejars. — Il résulte, au point de vue pratique, du rapport de M. Morestin que, en présence d'une fistule persistante, il faut de temps en temps incriminer la paroi. J'ai eu l'occasion de voir, après une opération de kyste hydatique suppuré, une fistule de ce genre

qui n'a guéri qu'à la suite d'une résection chondro-costale étendue. Cependant, je n'avais pas dans ce cas fait de petite incision; il se crée évidemment des infections à distance.

M. Mauclaire. — J'ai eu aussi l'occasion de voir une jeune femme opérée à l'Hôtel-Dieu en 1903, par notre collègue Faure, pour kyste hydatique suppuré du foie. La suppuration persistait depuis longtemps. J'ai exploré la poche sous chloroforme et j'ai trouvé un fragment costal dénudé sur une assez grande étendue. Je l'ai réséqué et dès lors rapidement la malade a guéri complètement; je l'ai revue ultérieurement, deux ans après, sans récidive de sa suppuration.

Présentations de malades.

Un cas de thoracotomie secondaire.

M. Riche. — Si les plaies du thorax ne sont plus à l'ordre du jour de notre Société, elles restent néanmoins toujours d'actualité et c'est pourquoi je vous présente ce jeune homme.

P..., dix-huit ans, est apporté à l'hospice de Bicêtre le 20 juin à 10 heures du soir. Une demi-heure avant il avait été assailli devant la porte de l'hospice par plusieurs individus et avait été frappé à la poitrine de trois coups de couteau. Il avait éprouvé aussitôt une gêne respiratoire considérable. Il ne perdit pas connaissance, put encore faire une dizaine de mètres pour appeler du secours, mais la faiblesse augmentant, il fallut le transporter à la salle de pansement du service de chirurgie.

Mon interne Coppin, qui était de garde, constata une première plaie de 2 centimètres, dans le premier espace intercostal gauche, un peu en dedans du paquet vasculo-nerveux; une seconde plaie postérieure siégant à peu près au milieu du bord axillaire de l'omoplate droite, enfin une plaie nettement pénétrante dans le troisième espace intercostal gauche, sur la ligne mamillaire. Par cette plaie l'air et le sang sont violemment expulsés à chaque expiration.

Pas de crachement de sang. L'état général est inquiétant, visage angoissé, couvert de sueur froide, d'une pâleur extrême. Pouls petit, à 120, à peine perceptible; dyspnée intense, parole entrecoupée, imminence de syncope. Le blessé étant couché sur le dos, la matité atteint une horizontale passant par le sommet du creux de l'aisselle.

Mon interne téléphone au chirurgien de garde, qui se trouve être notre collègue Baudet. *Celui-ci répond que l'on garde le blessé en observation pendant une heure, l'évolution des signes physiques en fonction,*

nels devant seule décider de l'opportunité de l'intervention. On repère soigneusement la limite de la matité. Une heure après les signes ont peu varié et le pouls paraît plutôt meilleur.

Je vois le blessé le lendemain à 9 heures; la traumatopnée est toujours violente, le pouls est à 100, la température à 38, le visage très pâle. C'est un cas de gravité moyenne et je décide, tout comme mon collègue Baudet, qu'il ne faut pas intervenir. Pansement légèrement compressif après désinfection à la teinture d'iode.

La guérison sembla tout d'abord devoir être rapide; le 19 juin, voyant la courbe avoir tendance à monter et devant m'absenter en juillet, je recommandai à mes internes d'attirer l'attention de mon remplaçant sur ce malade. Le 1er juillet, la température monta à 39 et la respiration devint plus pénible. Le 6 juillet, une ponction évacua un litre de liquide sanguinolent; le lendemain on en retira un peu moins. Le 11 juillet, on en retira encore la valeur d'un verre. Tous les symptômes s'amendèrent et la communication de la plèvre avec l'air extérieur cessa d'exister.

Le 26, la température remonta, la dyspnée reprit et l'état général devint moins bon. Le 28, on retire un peu de liquide, le 29 la ponction ne ramène rien; le 30 notre collègue Desmarest ramène un peu de liquide.

Je revois le malade le 2 août et le trouve anhélant, assis sur son lit, avec une matité presque complète et le cœur dévié à droite; je décide de lui faire une thoracotomie le surlendemain.

Le 4 août, sous chloroforme, je résèque quelques centimètres des 8e et 9e côtes au-dessous de l'angle de l'omoplate et ouvre la plèvre; il en jaillit un flot de liquide sous pression qui devait représenter au moins trois litres; ce liquide était transparent, mais sa couleur était celle de café très étendu d'eau. Je place deux gros drains dans la plèvre qui contenait de volumineux paquets de fibrine, mais était libre d'adhérences.

Après l'intervention, l'état général fut très amélioré; il y eut encore des oscillations de température; l'écoulement, très abondant au début, diminua; les drains furent raccourcis, puis supprimés; la plaie se ferma et le malade quitta l'hôpital le 4 octobre.

Actuellement, l'hémithorax gauche est resté rétracté et il est probable qu'il ne reprendra plus son volume normal.

Cette observation ne nous permet de tirer aucune conclusion ferme au point de vue du traitement des plaies du thorax. Nous relèverons néanmoins quelques points intéressants.

Il est probable que si j'avais vu le blessé à son arrivée je me serais décidé, en présence de ce cas moyen, pour l'expectation. Mais je constate avec plaisir que notre collègue Baudet a pris le même parti. Serait-il devenu moins interventionniste? Vous verrez que si nous avons du mal à arriver à l'unité de doctrine, nous finirons par aboutir à la similitude de pratique en présence de cas

similaires. Nous nous trouverons un beau jour être tous opportunistes, et je crois qu'en chirurgie ce n'est pas un mal.

Cette observation nous montre aussi que l'élévation de température dans les plaies de poitrine ne signifie pas toujours que l'épanchement tourne à la purulence; il ne s'agissait pas non plus de la fameuse fièvre de résorption sanguine, car l'hémothorax ne fut jamais aussi abondant que le liquide que j'évacuai; il faut admettre qu'il y eut une véritable pleurésie séreuse de réaction. Joignez-y qu'il n'y eut aucune formation d'adhérences et vous verrez une fois de plus qu'il ne faut pas comparer la plèvre au péritoine.

M. Picqué. — En l'absence de M. Baudet, je tiens à rappeler que notre collègue est loin d'intervenir dans tous les cas. J'ai suffisamment dit dans mon rapport qu'il s'abstenait dans un certain nombre de cas. Nous avons d'ailleurs cité ici même sept cas de mon service où nous ne sommes pas intervenus.

M. Baudet est opportuniste au sens que M. Riche attribue à ce terme; il ne diffère de quelques-uns de nos collègues que parce qu'il intervient un peu plus souvent qu'eux.

M. Riche nous dit que le cas de Schwartz, où M. Riche est intervenu, était moins grave que celui récent où notre collègue s'est abstenu.

Il ne faudrait pas en conclure que M. Baudet a modifié sa pratique : dans le cas de l'hôpital Cochin, il est surtout intervenu à cause des phénomènes fonctionnels.

M. Quénu. — Je voudrais dire un mot de la fièvre hématique. Chez un de mes malades ayant un épanchement sanguin avec fièvre, la température baissa après évacuation par la ponction et cependant le liquide était absolument stérile au point de vue aérobie et anaérobie. Il y a des élévations de température en rapport avec des épanchements sanguins même moyens.

M. Hartmann. — J'ai fait des constatations absolument identiques.

M. Riche. — Je répondrai à M. Picqué que ce n'est pas moi qui ai divisé les membres de la Société en interventionnistes et abstentionnistes; mais j'ai vu chez M. Schwartz un malade opéré par M. Baudet et certainement il était moins gravement atteint que le mien. Je crois donc que notre collègue a évolué.

A M. Quénu je répondrai que je ne prétends pas nier l'existence de la fièvre hématique ; mais il s'agissait d'autre chose puisque j'ai

retiré plus de trois litres de cette plèvre et que l'hémothorax n'a jamais été considérable.

M. Delorme. — Je n'ai pas besoin de rappeler ici que je suis l'un des partisans les plus convaincus de l'intervention dans les cas qui l'imposent, mais quelque partisan que j'en soie, chez ce malade j'aurais partagé l'opinion de M. Riche, je ne serais pas intervenu. En effet, la plaie supérieure répond au sommet du poumon, la moyenne est éloignée du hile. Le siège des plaies, à défaut d'autres symptômes, éloignait donc déjà de toute action chirurgicale.

De l'intervention précoce dans les fractures du bras compliquées de paralysie radiale.

M. H. Morestin. — Dans la précédente séance, notre excellent maître M. Schwartz nous a présenté un malade qu'une intervention heureuse avait guéri d'une paralysie radiale consécutive à une fracture du bras.

Permettez-moi, à propos de cette intéressante observation, de vous rapporter trois cas de fractures de l'humérus où j'ai cru devoir opérer sans retard à cause de la paralysie du nerf radial. Je suis bien loin d'être partisan du traitement sanglant des fractures en général, et de celle du bras en particulier, mais la constatation de ce symptôme me paraît une indication pressante d'ouvrir le foyer traumatique.

Et même je considère que, parmi les circonstances exceptionnelles où l'intervention directe est nécessaire, il n'en est guère où elle soit mieux justifiée et plus utile.

Voici l'histoire de mes trois malades, dont je ne peux malheureusement vous montrer que les deux dernières, l'autre ayant au bout d'un temps très court échappé à mon contrôle :

I. — Une femme de quarante-huit ans est renversée le 3 juin 1908 par une voiture qui lui passe sur le bras gauche.

Le 5, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, dans le service du professeur Le Dentu, dont j'étais alors chargé.

Le lendemain 6, j'examine la blessée. Cette femme, de quarante-huit ans, en paraît plus de soixante, tant elle est déprimée et ruinée par l'extrême misère et l'alcoolisme.

Elle est atteinte d'une fracture de l'humérus gauche à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ; ce diagnostic est des plus faciles malgré le gonflement du membre, car aucun des grands signes de fracture ne fait défaut. Naturellement, j'explore le

domaine du radial. Je n'ai aucune peine à constater une paralysie complète de tous les muscles auxquels ce nerf se distribue dans l'avant-bras. Dans le territoire cutané qui est sous sa dépendance, la sensibilité persiste; il est vrai qu'elle est un peu obtuse et qu'il semble y avoir un retard dans la perception. D'ailleurs, la malade se prête assez mal à cette recherche.

La paralysie radiale me décida à pratiquer sans délai l'intervention que je n'aurais certainement jamais entreprise sans ce symptôme.

Sur la face externe du bras, je fis une incision de 10 centimètres, oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur le trajet présumé du nerf, que je découvris d'abord au-dessus du foyer de la fracture, et que je suivis de haut en bas. Le tronc nerveux était enclavé entre les deux fragments. Il était séparé par des fibres musculaires du bout supérieur qui était porté en dedans, mais il était en contact direct avec le fragment inférieur qui s'était incliné en dehors, et frottait contre la surface de cassure de ce fragment, taillé obliquement en bec de flûte, et terminé par une pointe acérée. Le radial était comme accroché par ce fragment, appliqué contre sa face interne rugueuse, et attiré en dedans. Sur une étendue de plusieurs centimètres, le nerf était épaissi, violet, infiltré de sang, méconnaissable.

Je réséquai l'extrémité pointue et particulièrement offensive du bout inférieur et procédai à la libération fort délicate du nerf qui était en si fâcheuse posture. Puis je recherchai et dégageai le bout supérieur de l'humérus, je le débarrassai lui aussi d'une pointe très aiguë qui le terminait. Je suturai ensuite les deux fragments. Le supérieur fut foré de deux trous superposés, l'inférieur d'un seul. Je plaçai deux fils d'argent, l'un passant par l'unique trou du fragment inférieur et le plus bas situé des deux trous du fragment supérieur (suture proprement dite), le deuxième passant par l'autre trou et entourant la partie correspondante du fragment inférieur (suture-ligature). Je rapprochai ensuite les fibres musculaires voisines, pour éloigner le radial et le mettre désormais à l'abri de tout contact osseux. Je terminai en fermant la plaie par quelques crins et en laissant un petit drain.

Les suites opératoires furent très favorables. En quelques jours, la cicatrisation fut obtenue : au bout d'un mois, la fracture semblait consolidée : l'attitude du bras était excellente. Mais la paralysie radiale n'avait subi encore aucune modification. La malade voulut alors quitter l'hôpital. Elle n'y est jamais revenue. Nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue.

Les résultats de cette intervention resteront donc probablement toujours inconnus. Les détails révélés par l'inspection directe du

foyer de fracture montrent bien cependant combien l'opération était légitime, et dans quelle mesure elle était susceptible d'améliorer le pronostic de la lésion nerveuse.

II. — Une jeune fille de seize ans, Marguerite J.-J..., tombe le 8 juin 1909 en descendant l'escalier d'une station du Métropolitain, voisine de l'hôpital Tenon.

Elle est admise aussitôt dans mon service, où l'on constate l'existence d'une fracture de l'humérus droit à la partie moyenne, sans grand déplacement. On applique un appareil très simple fait de quatre attelles de bois, garnies de ouate et fixées par des bandes. En outre, on installe une légère traction avec un faible poids. Aucun trouble n'est constaté à ce moment du côté du radial.

Rien de particulier les jours suivants. Je m'assure par moi-même de la bonne attitude du membre et de l'application correcte de l'appareil.

Au dixième jour j'ai le chagrin de reconnaître chez ma jeune malade une paralysie radiale des mieux caractérisées, toutefois sans modification appréciable de la sensibilité. L'extension est supprimée.

Le 1er juillet, la situation ne s'étant pas modifiée et les parents de la jeune fille se décidant à accepter l'opération, je pratiquai sur le trajet présumé du radial à la partie externe du bras une incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant et longue environ de 10 centimètres. Le nerf est découvert sans difficulté. Il est soulevé et repoussé en dehors par le cal en voie de formation, lequel est bien régulier, fusiforme. A sa surface on n'aperçoit aucune saillie offensante pour le nerf. Celui-ci est fortement appliqué contre le cal, fixé et légèrement étranglé au niveau de la cloison intermusculaire externe. Il est disséqué, libéré, écarté du squelette. La plaie est refermée sans drainage.

Chose remarquable, dès le lendemain, on pouvait noter une vague ébauche de retour des mouvements d'extension du côté de l'index et du petit doigt. Très rapidement, ces mouvements devinrent plus nets. Quand, au quinzième jour après l'opération, le 16 juillet, la malade quitta mon service, les mouvements d'extension de la main et des doigts s'effectuaient presque dans l'amplitude normale.

Je ne pus revoir la malade avant le 18 octobre 1909. A ce moment, la restauration était aussi parfaite que possible. Il n'y avait eu aucun traitement post-opératoire. La récupération des mouvements s'était faite très promptement et l'opérée avait depuis longtemps repris son travail. Depuis cette époque, les mouve-

ments n'ont jamais cessé de s'exécuter de la façon la plus normale.

Il est impossible de n'être pas frappé de la promptitude avec laquelle a cessé la paralysie, une fois supprimé le faible obstacle qui contrariait le fonctionnement du nerf.

III. — Germaine X..., âgée de quatorze ans, tombe d'une balançoire le 25 septembre 1909, et se brise l'humérus du côté droit, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

On appliqua le jour même un appareil d'Hennequin, qui soulagea beaucoup la malade et permit de la ramener à Paris, l'accident étant survenu dans un village de l'Yonne.

La radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture presque transversale, à surfaces de cassure très nettes, et sans aucune esquille bien manifeste. Elle montra aussi que la réduction était imparfaite, qu'il persistait un déplacement assez accusé selon l'épaisseur et une inflexion angulaire des fragments; le sommet de l'angle regardait en avant.

Appelé le 5 octobre à examiner l'enfant, je constatai immédiatement l'existence d'une paralysie radiale. Celle-ci était d'un diagnostic évident. La main était pendante. La malade ne pouvait ni la relever, ni étendre les doigts, ni exécuter les mouvements de pronation et de supination. Il n'y avait pas de troubles bien nets de la sensibilité dans le territoire cutané du radial. Or, les médecins qui donnèrent leurs soins à la malade pendant les premiers jours avaient constaté l'intégrité des mouvements. La paralysie ne datait donc pas du moment même de l'accident.

Cette complication m'engagea aussitôt à proposer une opération, dont les parents, gens fort éclairés, comprirent sans peine l'opportunité, et qui eut lieu le 7 octobre.

Sur la face externe du bras, suivant le trajet supposé du nerf radial, je traçai une incision oblique, longue de 8 à 9 centimètres. Puis je procédai à une dissection prudente et minutieuse, en me guidant d'après la direction des fibres musculaires, différente pour le brachial antérieur, le triceps et le long supinateur.

Je recherchai l'interstice du long supinateur et du brachial antérieur et la cloison intermusculaire externe. Je pus reconnaître le tronc du nerf. Il était adhérent aux tissus environnants, agglutiné fixé, enserré et comme envahi par la gangue plastique ébauche première du cal. Une sorte de spicule osseuse rattachée à un lambeau périostique lui adhérait intimement. Il était d'ailleurs en rapport étroit avec le bout du fragment inférieur.

La libération du tronc nerveux fut extrêmement délicate et même réellement difficile. L'ayant enfin libéré, je nettoyai

le foyer du sang qui y était encore accumulé, et je m'assurai que les deux fragments se remettaient facilement en contact. Je jugeai donc inutile de faire une suture osseuse. Par contre, je rapprochai par quelques points au catgut les faisceaux voisins du brachial antérieur et du long supinateur, pour interposer une couche de tissu musculaire entre le nerf et le squelette sous-jacent. Je fis en outre un surjet aponévrotique et terminai par la réunion de la plaie cutanée, en laissant un petit drain.

Les suites furent parfaites. Le drain fut retiré au bout de quarante-huit heures, les fils au septième jour. La réunion fut irréprochable et, dans le délai d'un mois, les fractures furent consolidées. Une radiographie prise après la guérison montre l'humérus rectiligne.

Quant à la paralysie radiale, elle a guéri très rapidement. Dès le lendemain de l'opération, le 8 octobre, la malade pouvait ébaucher le mouvement d'extension du poignet. Le 9, elle exécutait ce mouvement avec plus de netteté et réussissait à étendre les doigts, sans doute avec lenteur, gauchement, sans force et d'une façon incomplète, mais néanmoins il n'y avait plus de doute, elle faisait réellement agir ses muscles extenseurs. Les choses restèrent dans cet état pendant quelques jours, puis la situation très vite s'améliora, et quand au bout d'un mois, la fracture étant consolidée, la malade fut délivrée de tout appareil, il ne restait pour ainsi dire plus rien de la paralysie. Le retour à la normale s'est effectué insensiblement sans aucun traitement post-opératoire, et voilà bien longtemps que ma gracieuse petite malade que je vous présente, n'a plus aucune raison de songer à l'accident dont elle a été victime.

De tels faits n'ont pas besoin, je pense, de longs commentaires. Cette question des paralysies radiales traumatiques est assurément fort classique et les bons résultats des interventions libératrices ne sont niés par personne.

Qu'il me soit permis toutefois d'insister d'une façon particulière sur un point que je crois fort important. Si des opérations pratiquées plus ou moins longtemps après le traumatisme ont eu souvent des suites heureuses en ce qui concerne la restauration fonctionnelle, il est permis d'espérer mieux encore d'une action précoce. On le conçoit sans peine. L'intervention est alors plus simple; les tissus sont moins modifiés, la libération du nerf réalisée plus aisément. Elle est aussi plus efficace, on porte secours au tronc nerveux avant qu'il ne soit gagné par le processus plastique ou même emprisonné dans le cal en voie de formation.

Plus tôt on met en sûreté le tronc nerveux, plus tôt on l'éloigne du foyer de fracture et moins accentuées seront les lésions nerveuses, j'entends les lésions secondaires, surajoutées à celles qui peuvent résulter du traumatisme lui-même, et dues à la compression, à l'irritation prolongée, à l'envahissement par les matériaux ostéogéniques, à la sclérose interstitielle.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, l'opération donnera à l'opéré des probabilités de guérison d'autant plus rapide et plus complète qu'elle sera plus tôt décidée et pratiquée.

Bien plus si l'on tient compte des détails que nous avons notés chez notre première malade, on admettra que l'expectation eût été dans ce cas désastreuse. Or, rien dans l'examen clinique ne nous permet de reconnaître l'exacte situation du cordon nerveux par rapport aux fragments osseux, de soupçonner dans quelle proportion il est atteint, la paralysie étant l'expression uniforme de lésions d'importance très variable, tantôt grave attrition, tantôt légère infiltration ecchymotique. Aussi faut-il reconnaître que seule l'ouverture du foyer peut nous renseigner à cet égard. Je résumerai toute ma pensée en déclarant que toute fracture du bras accompagnée de paralysie radiale exige une intervention qui doit être aussi précoce que possible, que l'opération doit être pratiquée dès que la paralysie est reconnue, et que, par conséquent, si elle l'est aussitôt après le traumatisme, il n'y a qu'avantage à la faire immédiatement.

M. Quénu. — Je ne crois pas que le fait de constater une paralysie radiale doive immédiatement motiver une opération. Je ne crois pas non plus à l'englobement aussi rapide du nerf radial. J'ai soigné une malade ayant une fracture de l'humérus, souffrant horriblement, je mis un appareil plâtré immédiat, et constatai une paralysie radiale. Je n'intervins pas et au bout de quatre mois la malade était complètement guérie. Je pense qu'il s'agit, dans ces cas, de contusions du nerf radial : les tubes nerveux sont plus ou moins rompus, le nevrilème ne l'est pas. Il y a pour ainsi dire une suture toute faite.

Aujourd'hui je ferais une radiographie du bras mis dans un appareil plâtré; si un fragment était déplacé vers le nerf, j'interviendrais; si la réduction était bonne, je m'abstiendrais.

M. Savariaud. — J'appuie ce que vient de dire M. Quénu, j'ai vu des paralysies à la suite de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, la plupart ont guéri rapidement sans laisser de traces.

M. H. MORESTIN. — Je ne me suis pas fait bien comprendre par M. Quénu. Je n'ai pas attribué à toutes les paralysies radiales consécutives aux fractures du bras la même origine, à savoir l'englobement du nerf au moment de la formation du cal. Je n'ai émis aucune opinion sur la pathogénie et me suis borné à exposer ce que j'ai fait et ce que j'ai vu au cours des interventions que j'ai pratiquées. Or, j'ai constaté des choses fort dissemblables. Dans mon premier cas, il ne pouvait être question de cal et d'incorporation du nerf dans le processus plastique, puisque l'opération a eu lieu presque aussitôt après l'accident. Et justement j'ai constaté que le tissu nerveux était fortement contus, qu'il était infiltré de sang, ecchymotique, gonflé par les petites hémorragies qui s'étaient faites dans son épaisseur, et qu'il était en contact intime et assurément très fâcheux avec l'extrémité fort irrégulière d'un des fragments osseux.

Chez les autres malades, j'ai trouvé le cordon nerveux épaissi, fixé, rigide, entouré de tissus modifiés où commençait à s'ébaucher le travail qui conduit à l'établissement du cal, ou étranglé dans une cloison fibreuse au contact du cal. Je ne nie point que ce nerf n'ait été le siège de quelque tiraillement, d'une contusion, d'une élongation quelconque au moment du traumatisme. Mais à coup sûr les conditions locales étaient peu favorables à la restauration fonctionnelle. Et la preuve en est dans le retour extrêmement rapide des fonctions aussitôt que le radial a été libéré, écarté du foyer de fracture et séparé des extrémités osseuses par une épaisse couche de fibres musculaires. A supposer même que la contusion initiale du nerf doive jouer le rôle principal dans la paralysie, il y aurait encore un immense intérêt à vérifier l'état du tronc nerveux et à le mettre à l'abri de nouveaux contacts offensants avec l'un ou l'autre des fragments de l'humérus. L'intervention se présente ainsi comme une précaution nécessaire.

La radiographie ne peut nous être d'aucune utilité pour prendre une décision dans les cas de ce genre, car si elle nous renseigne sur la situation des fragments, elle ne nous apprend rien sur leurs rapports avec le nerf, dont le traumatisme modifie les connexions. La paralysie, indice irrécusable d'une lésion plus ou moins grave du nerf, me paraît un motif suffisant pour justifier une intervention. Seule l'exploration *de visu* permet de connaître exactement l'état du tronc nerveux, la cause de ses perturbations fonctionnelles et d'y remédier dans la mesure du possible, de dégager le radial s'il s'est engagé entre les bouts de l'os fracturé, de le soustraire à des frottements désagréables, de l'enfouir dans les fibres musculaires pour qu'il puisse achever en paix sa convalescence s'il a été simplement contus, dans d'autres cas, de l'extraire de la gangue plastique qui l'étreint.

Dès lors, pourquoi attendre? L'intervention retardée n'offre aucun avantage. Au contraire, pendant cette période d'inaction, les lésions peuvent s'aggraver et la guérison même, si elle est obtenue par une opération tardive, sera plus difficilement, plus lentement acquise.

A l'ouverture précoce du foyer, le malade n'a rien à perdre et tout à gagner.

A cet égard, ma conviction est absolument ferme, et je maintiens intégralement ma conclusion: La paralysie radiale compliquant une fracture du bras est une indication opératoire aussi nette que possible, et les interventions donneront des résultats d'autant meilleurs qu'elles seront plus précoces.

M. Schwartz. — Mon observation est en contradiction avec l'opinion de M. Morestin. Fracture ; paralysie radiale immédiate. Un mois et demi après, début de dégénérescence, j'opère et je trouve le nerf non rompu mais enclavé. Je le désenclave et il revient très bien au bout de trois mois ; le cas montre qu'une intervention tardive peut donner de bons résultats.

M. Quénu. — Je suis plus éclectique que M. Morestin : lorsque vous ouvrez un foyer de fracture et que, chemin faisant, vous observez, comme chez vos malades, un nerf contusionné mais non rompu, vous ne touchez pas au nerf; mais alors, si, le plâtre appliqué, vous constatez une bonne réduction, à quoi servirait l'intervention? A libérer le nerf d'un magma, dites-vous; mais ce magma n'est qu'une phase du processus de cicatrisation d'un foyer de contusion.

M. H. Morestin. — Après l'observation qu'il nous a donnée, j'avoue ne pouvoir comprendre les protestations de M. Schwartz.

Présentation de pièce.

Fracture de l'astragale avec déplacement en arrière du corps de l'astragale.

M. Mauclaire. — Voici la radiographie d'un cas qui peut être rapproché de l'observation rapportée par M. Colleville, dans l'avant-dernière séance.

Il s'agissait d'un jeune homme tombé d'une hauteur de 5 mètres sur le pied droit, tout en restant debout. Il fut immobilisé dans un plâtre pendant 19 jours. Après l'ablation de l'appareil, on constata que l'axe de la jambe tombait sur un plan plus antérieur

que normalement, aussi, le pied paraissait subluxé en arrière. Le malade entra dans mon service, à l'hôpital Dubois, en novembre 1908. Derrière la malléole interne on sentait une masse osseuse. A la radiographie, on constata que c'était le corps de l'astragale luxé en arrière. Il y avait une petite fracture du sommet de la malléole externe.

Par une incision encadrant la malléole interne, j'ai enlevé le fragment antérieur resté en place et le fragment postérieur subluxé de l'astragale. La poulie astragalienne déplacée en arrière regardait en haut et en dedans; ce fragment comprimait le paquet vasculo-nerveux. Il y avait en réalité trois fragments : un fragment antérieur, la tête de l'astragale restée en place, un petit fragment moyen, et un troisième fragment postérieur, très gros, comprenant toute la poulie astragalienne.

Avec M. Petiteau (1), nous avons réuni une dizaine d'observations semblables.

Comité du monument Guinard.

M. Rochard est chargé de représenter la Société de Chirurgie au sein du Comité du monument Guinard.

Avis.

MM. les candidats à une place de *membre correspondant* sont invités à faire parvenir leurs titres à M. le Secrétaire général *avant le* 15 *novembre prochain.*

Vacances.

En raison de la Toussaint, la prochaine séance est reportée au *mercredi* 8 *novembre.*

(1) Mauclaire et Petiteau. Les fractures de l'astragale, avec luxation des fragments. *Archives gén. de Chirurgie*, 1909, p. 575.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1911

Présidence de M. Jalaguier.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Bazy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une observation de M. Jeanne (de Rouen), membre correspondant intitulé : *Fracture comminutive de la partie moyenne de l'humérus avec paralysie immédiate du nerf radial. Ouverture secondaire du foyer de fracture. Guérison* (Voir p. 1911).

4°. — Un travail du Dr Stern, intitulé : *Contribution à l'étude chirurgicale des utérus doubles sans hématométrie*, pour concourir au prix Marjolin.

5°. — Un travail des Drs Worms et Hamant, intitulé : *Les fractures du col fémoral dans l'enfance et l'adolescence*, pour le concours du prix Dubreuil.

6°. — Un travail intitulé : *Primum non nocere*, pour le concours du prix Gerdy.

7°. — Un travail intitulé : *Tout savoir provient d'observation et d'expérience*, pour le concours du prix Laborie.

8°. — Un travail intitulé : *Des fractures du rachis cervical chez les plongeurs*, par M. Dejouany, médecin-major à Tunis.

— Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

9°. — Un travail de M. Guibal (de Béziers), intitulé : *Typhlite gangreneuse sans appendicite.*

— Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

10°. — Une observation de *Luxation complète du 2e métatarsien en haut et en dedans. Réduction sanglante. Guérison*, par le Dr Regnault, chirurgien de l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon.

— Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. Demoulin est nommé rapporteur.

11°. — M. Walther dépose sur le bureau : *a*) Un travail de M. P. Hardouin (de Rennes), intitulé : *Résection subtotale de la diaphyse tibiale dans un cas d'ostéomyélite aiguë : résultat au bout de sept ans.*

b) Un travail de M. le Dr Rastouil (de La Rochelle), intitulé : *Luxation intracoracoïdienne datant de quatre mois et demi. Guérison par résection et arthrotomie.*

— Ces travaux sont renvoyés à l'examen d'une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

12°. — M. Potherat dépose sur le bureau un travail de M. le Dr Le Moniet (de Rennes), intitulé : *Fibrome de l'ovaire pesant 12 kilogr.* 500.

— Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Potherat est nommé rapporteur.

13°. — M. Lejars dépose un volume du Dr Cathelin, intitulé : *Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire.*

14°. — M. Jules Bœkel (de Strasbourg) offre à la Société un volume intitulé : *Des fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires*, par MM. Jules Bœkel et André Bœkel (de Strasbourg).

Décès de M. Auffret, membre correspondant.

M. le Président. — Messieurs, j'ai le regret de vous annoncer la mort de M. Auffret, ancien inspecteur général du service de santé de la marine.

Il avait été Professeur de clinique chirurgicale et Directeur de l'École de médecine navale de Brest. Il était membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie depuis le 2 janvier 1889. Depuis qu'il était fixé à Paris, il assistait assez fréquemment à nos séances. Nous adressons à son fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, nos bien sincères condoléances.

A propos de la correspondance.

Fracture comminutive de la partie moyenne de l'humérus, avec paralysie immédiate du nerf radial. Ouverture secondaire du foyer de fracture. Abrasion large du cal et ablation de trois ostéomes. Désenclavement du nerf. Guérison au bout de cinq mois,

par M. le Dr JEANNE (de Rouen), membre correspondant.

L'observation de M. Schwartz, rapportée le 18 octobre, m'engage à vous communiquer une observation personnelle, tout à fait analogue ; c'est pour marquer cette similitude que j'ai quasi calqué le titre de M. Schwartz.

Les observations de M. Morestin, publiées dans la séance suivante, concernent des cas différents : le premier est une paralysie *immédiate*, suivie d'intervention *immédiate* ; les deux autres sont des paralysies *secondaires*. Il s'agit ici de paralysie *immédiate*, traitée par l'intervention *secondaire*.

Le nommé X..., marinier, âgé de vingt-neuf ans, a été atteint d'une fracture grave de l'humérus droit, le 3 novembre 1910. Son bras était appuyé sur un montant de fer, quand un madrier tomba verticalement d'une hauteur de 9 mètres et du bout lui écrasa l'humérus sur son appui. Le Dr Loisel, médecin des hôpitaux de Rouen, qui le voit quelques heures après, constate une fracture comminutive de la partie moyenne du membre, avec un épanchement énorme et une *paralysie complète des extenseurs des doigts et des radiaux.* Il applique un appareil plâtré, qui est laissé cinq ou six semaines en place. Je vois le blessé plus de deux mois après l'accident, le 15 janvier 1911. Le bras est tuméfié au niveau de la fracture et très légèrement incurvé ; un gros cal solide, long et épais, commence au niveau de la gouttière de torsion et se perçoit jusqu'à 8 ou 9 centimètres plus bas. Paralysie totale des muscles postérieurs de l'avant-bras. Attitude tombante typique des doigts et de la main, incapables de la moindre ébauche de redressement. Tumeur dorsale du poignet. Réaction de dégénérescence complète des extenseurs des doigts et du pouce, des radiaux, du long supinateur (Dr Méret). La sensibilité est *amoindrie*, mais n'est pas abolie dans le domaine cutané du radial.

Intervention le 23 janvier 1911, plus de deux mois et demi après l'accident. Chloroformisation : Dr Loisel. Aides : Drs Didier et Leballeur. Sur le trajet du nerf radial est faite une longue incision qu'il fallut agrandir encore au cours de l'opération, et

qui mesura au total 18 centimètres. Muscles transformés en tissu fibroïde au voisinage du cal qui est énorme, irrégulier, présentant des aspérités, des crevasses et des bosselures, des stalactites osseuses. Il est évident que le fragment inférieur a tourné sur son axe longitudinal, dans le sens des aiguilles d'une montre, d'environ 45 ou 50 degrés, et que la consolidation s'est faite dans cette situation. Cette rotation a rejeté le nerf très en arrière, et cette déviation de sa route ordinaire, jointe au volume et à l'irrégularité du foyer, à l'abondance du tissu cicatriciel, rendent sa recherche longue et pénible.

Pour faciliter la besogne, le champ opératoire est déblayé; le cal est abrasé et régularisé au ciseau qui en détache plusieurs gros fragments; puis trois larges ostéomes, complètement séparés l'un de l'autre, et dont deux infiltrent le brachial antérieur, sont successivement extirpés. Mais, comme il est de règle, il faut que je me porte loin du foyer pour trouver enfin le nerf normal dans l'interstice du brachial antérieur et du long supinateur. Je le suis de bas en haut; il est engainé dans du tissu cicatriciel pareil à lui; plus haut, il faut l'y sculpter; il est rétréci et tellement méconnaissable qu'on doute qu'il ait sa continuité; plus haut il est mince et accolé étroitement à un auvent osseux, dont on le sépare peu à peu; il se renfle au-dessus et reprend enfin son aspect normal. Quand le cordon est tout à fait libre, il paraît dégénéré sur une longueur de 10 centimètres, d'aspect fibroïde et induré, au point qu'on se demande s'il ne vaudrait pas mieux en réséquer une portion pour rétablir ensuite sa continuité entre deux points plus normaux. Mais instruit par des faits précédents, je le ménage soigneusement, et le place loin de l'os, entre deux couches musculaires normales. Sutures musculaires au catgut. Sutures cutanées au crin. Drain sous-cutané.

Guérison opératoire en quinze jours. A ce moment, le blessé commence à redresser légèrement la main. Le 15 mars, l'extension des doigts est minime, mais l'extension de la main est franche et normale; les radiaux ont donc recouvré leur action.

Au mois de juin, tous les mouvements ont récupéré leur étendue et leur puissance, et l'ouvrier reprend son travail habituel sans diminution de capacité de travail.

Ce sont surtout les paralysies secondaires par inclusion, enclavement ou compression qui ont attiré l'attention des chirurgiens. Mais les paralysies *immédiates* sont fréquentes aussi, parce que les fractures de la diaphyse humérale reconnaissant presque toujours une cause directe, le traumatisme atteint à la fois le nerf et l'os. Or, je ne crois pas que la *paralysie immédiate* commande

nécessairement une *intervention immédiate*. En effet, la paralysie d'emblée est due presque toujours à une contusion, une infiltration hématique, une rupture incomplète du nerf; ce sont là toutes lésions spontanément réparables, qui se réparent en effet souvent. Si cette heureuse terminaison ne se réalise pas, l'évolution des dégénérescences est assez lente pour qu'on ait tout le loisir d'intervenir ultérieurement.

Restent donc à envisager les faits exceptionnels de paralysies immédiates par section *complète* du nerf radial. *A priori*, s'il était possible d'en faire le diagnostic, l'intervention d'urgence paraîtrait légitime. Mais je doute néanmoins qu'elle soit régulièrement couronnée de succès. Car l'opération est complexe; la suture nerveuse n'en est plus qu'un des temps, et elle se complique de la réduction et de la suture de la fracture. Or, deux faits que j'ai observés me donnent à penser que les résultats de la suture nerveuse restent aléatoires, quand elle est pratiquée au voisinage d'un foyer d'intervention osseuse. La régénération des délicats éléments nerveux s'accommode mal de la proximité de gros délabrements osseux et musculaires. Il faut craindre que leur réparation étouffe ou compromette celle du nerf à leur contact. Et en définitive, même dans l'hypothèse d'une section complète, qui entraîne une paralysie incurable, je crois qu'on peut sans inconvénient attendre la consolidation de la fracture pour se mettre à la recherche du nerf.

Lecture.

M. Georges Gross (de Nancy) lit un travail sur *Deux observations de prolapsus du rectum opérés par le procédé de colopexie de MM. Quénu et Pierre Duval.*

M. le Président. — Le travail de M. Georges Gross est renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Greffes ovariennes.

M. Hartmann. — Les résultats, que nous a apportés dans l'avant-dernière séance M. Tuffier, peuvent être envisagés à un double point de vue :

1° Au point de vue *expérimental*, les recherches de notre collègue méritent qu'on s'y arrête. Le nombre de ses opérations sur la femme est considérable (130). Toutes les variétés de greffes ont été essayées : autogreffe d'un ou des deux ovaires sains, combinée ou non à l'ablation de l'utérus; hétérogreffe, soit immédiate, soit après conservation dans une glacière; combinaison chez la même femme d'une autogreffe et d'une hétérogreffe.

Étant donné que ces opérations ont été faites sur la femme et non sur l'animal, qu'elles portent sur un grand nombre de cas, et que les résultats en ont été soigneusement enregistrés, il s'agit là d'un travail important au point de vue physiologique.

Elles établissent, d'une manière indiscutable, la possibilité de l'autogreffe ovarienne sans sutures, sans anastomose vasculaire; il suffit, pour les réussir, de placer aseptiquement l'organe dans le tissu cellulaire. L'ovulation semble, dans un certain nombre de cas, se faire régulièrement au niveau de l'organe greffé, après un temps variable, de deux à cinq mois après l'opération, probablement après l'établissement d'anastomoses vasculaires entre l'ovaire greffé et les tissus environnants.

Au contraire, les hétérogreffes ne donnent généralement pas de résultats; celles de l'ovaire, conservées dans une glacière, jamais.

Au point de vue de l'action sur les troubles de ménopause anticipée, que nous avons tous constatés chez un certain nombre de femmes après la castration bilatérale, combinée ou non à l'ablation de l'utérus, les opérations de M. Tuffier montrent nettement, et contrairement à l'opinion d'un certain nombre de gynécologues, que la greffe ovarienne n'en empêche pas le développement.

C'est là un point qui concorde avec mes observations cliniques. J'ai, chez un certain nombre de femmes, conservé, avec leurs connexions vasculaires normales, un ou les deux ovaires, et je n'ai pas constaté, au point de vue des troubles consécutifs, des différences notables entre l'histoire ultérieure de ces femmes et celle des malades ayant subi une castration utéro-ovarienne totale. Quelques femmes ont des troubles, d'autres n'en ont pas, sans qu'actuellement je sois en mesure de préciser la cause de ces différences.

2° Au point de vue *thérapeutique*, les résultats obtenus par M. Tuffier ont été à peu près nuls ; les greffes les mieux réussies n'ont pas empêché le développement d'accidents de ménopause anticipée lorsque l'utérus avait été enlevé. Ces greffes ont donc été inutiles ; elles ont malheureusement quelquefois été nuisibles. Trois fois l'ovaire s'est secondairement éliminé ; dans un nombre

de cas indéterminé, l'ovaire greffé s'est résorbé après avoir été le siège de phénomènes inflammatoires ; dans un cas, M. Tuffier dut faire une seconde opération pour changer, dit-il, d'étage un locataire gênant et transplanter du tissu cellulaire sous-cutané dans le tissu sous-péritonéal, un ovaire par trop douloureux.

Aussi, comprenons-nous qu'en présence de ces constatations, M. Tuffier arrive à cette conclusion que les greffes ovariennes n'ont que de très rares indications ; il est donc probable que, dans l'avenir, il sera plus sobre de ce genre d'intervention. Personnellement, je n'ai jamais pratiqué de greffe ovarienne ; la communication de notre collègue m'engage à persévérer dans ma ligne de conduite antérieure. Il me semble, du reste, que, si l'on a le désir de conserver un ovaire sain, *il est plus rationnel de le conserver avec ses connexions normales* ; le maintien de l'organe en place est, je crois, supérieur à la greffe la mieux réussie.

Quant à enlever à une femme un ovaire sain, et il faut le juger sain pour le transplanter sur une autre femme, j'avoue que je ne m'en reconnais pas le droit, même si elle en manifeste le désir pour des motifs qui, probablement, n'ont rien de médical.

J'aurais, de plus, des craintes pour la femme porte-greffe ; rien ne nous dit qu'un jour ou l'autre on n'inoculera pas ainsi la syphilis. M. Tuffier a-t-il pensé à cette possibilité ? A-t-il fait une réaction de Wassermann avant de prélever un ovaire à une femme ? Il ne nous le dit pas.

En résumé, les 130 greffes ovariennes, apportées à cette tribune par M. Tuffier, permettent de tirer des conclusions physiologiques et de trancher ce côté de la question. Elles montrent que c'est une opération à abandonner. La communication de notre collègue aura donc eu son utilité, car elle servira à arrêter dans l'avenir ceux d'entre nous qui auraient pu être tentés de s'engager dans la même voie.

M. Routier. — C'est avec le plus vif et le plus grand intérêt que j'ai écouté et suivi la brillante communication sur les greffes ovariennes que nous a fait, avec son brio habituel, notre collègue et ami Tuffier.

Je n'ai jamais fait de greffes ovariennes, et au premier abord il pourrait paraître singulier de me voir prendre la parole sur ce sujet.

Mais par ma pratique gynécologique déjà longue, trop longue même à mon gré, car voilà près de trente ans, vingt-neuf ans exactement, que je l'ai commencée avec mon regretté maître et ami Terrillon, par les très nombreuses opérations que j'ai pratiquées sur l'utérus et ses annexes, opérations qui, bien souvent

par leur technique aussi bien que par leur résultats, peuvent être comparées à la greffe ovarienne, par l'étude attentive de mes nombreuses opérées que j'ai toujours suivies dans la mesure du possible, il m'a semblé que j'avais le droit d'avoir des opinions personnelles sur ce sujet ; ce sont ces opinions que je vous demande la permission de vous exposer ici.

C'est pour toutes ces raisons que je ne critiquerai ni l'opportunité ni la technique des opérations de notre collègue, m'attachant seulement aux résultats obtenus.

Je vous rappelle sommairement les phases par lesquelles je suis passé ; au début, nous n'opérions guère que les suppurations annexielles ; nous pratiquions l'ablation de ces annexes malades et nous laissions l'utérus.

Puis, sous l'influence de Lawson-Tait, on enleva les ovaires scléro-kystiques, toujours en respectant l'utérus.

Ces dernières opérations surtout démontrèrent vite et surabondamment les inconvénients, les désordres qu'amenait chez la femme la privation de ses annexes, la ménopause brutale succédant à l'opération ; ce sont des opérations que j'avais abandonnées, déjà du vivant de Terrillon, car il sembla bientôt que ces accidents étaient d'autant plus forts, plus accentués, plus tenaces, que les lésions des ovaires enlevés étaient plus minimes.

C'était bien le cas des ovaires scléro-kystiques, comme si la suppuration préalable prolongée de ces organes amenait peu à peu la malade à pouvoir s'en passer sans grand dommage.

D'où cette idée que les troubles de la ménopause artificielle étaient surtout provoqués par l'ablation d'ovaires presque sains. Opinion du reste peu exacte.

En somme, ces accidents, ces bouffées de chaleur, ces poussées de sueurs, ces vertiges, ces œdèmes bizarres, ces douleurs rachialgiques ou autres, étaient très fréquents chez nos castrées, et troublaient beaucoup le chirurgien.

De temps à autre cependant, on voyait parmi ces châtrées, quelques rares sujets chez lesquelles des règles ou des semblants de règles réapparaissaient quatre, six, sept mois après leur opération ; c'est un peu ce qu'a signalé M. Tuffier chez quelques-unes de ses greffées.

Chez ces femmes, on n'observait aucun des troubles de la ménopause ; par contre, on notait souvent la persistance de douleurs sur l'un ou l'autre côté de l'utérus et nous disions : malgré tous les soins apportés à notre opération, nous avons dû laisser en place quelque parcelle d'ovaire qui, s'il continue à entretenir les règles, continue aussi à entretenir la douleur.

C'est évidemment l'écoulement du sang par l'utérus qui empêche

les phénomènes de se produire; déjà à cette époque, mon ami Tuffier ne me contredira pas, je l'espère, il savait et nous savions que le flux menstruel était formation de l'ovaire, et que ce flux menstruel était comme un émonctoire. On lit dans les plus vieux auteurs, que le sang des règles est un sang vicié dont la femme doit se débarrasser tous les mois sous peine de voir sa santé s'altérer, formule que M. Tuffier rajeunissait l'autre jour en disant que le sang des règles contient des toxines; les mots changent, mais l'idée persiste.

Sans parler de la possibilité de grossesses ultérieures précieuses pour beaucoup de femmes, c'est aussi cette notion de meilleur état des opérées qui conservaient des règles ou des simili règles, qui conduisit les chirurgiens à la pratique des opérations conservatrices, des ablations partielles.

Et c'est ici précisément que les opérations ainsi conduites vont ressembler à la greffe des ovaires pratiquée par Tuffier.

Comme les autres chirurgiens, je me suis longtemps évertué, quand je pratiquais une opération sur les annexes, à conserver le plus de choses possible : tantôt un ovaire en entier, tantôt une moitié d'ovaire, tantôt une trompe, tantôt l'ovaire d'un côté et la trompe de l'autre.

Or, j'ai à peu près complètement abandonné cette manière de faire; tout d'abord, parce que serrant de plus près mon diagnostic, je n'intervenais plus que pour des cas où la conservation même partielle des annexes devenait ou impossible, ou si difficile qu'il fallait y renoncer.

D'autre part, parce que si ces conservations partielles nous donnaient le plus souvent, je ne dis pas toujours, une réelle satisfaction au point de vue des troubles de la ménopause, ils exposaient trop souvent, à mon gré, les patientes à une opération secondaire du fait ou de la dégénérescence ou de l'infection persistante des organes conservés.

J'ai dû trop souvent, je dois l'avouer, intervenir secondairement pour enlever, après 2, 3, 10 ans, des ovaires ou des trompes que je m'étais donné beaucoup de mal à garder.

Il semble, en effet, que lorsque les annexes d'un côté sont tarés, cette tare s'étend à ceux du côté opposé.

L'exemple fourni par la grossesse extra-utérine vous aura certainement tous frappés autant que moi.

Rappelez-vous combien il est fréquent d'intervenir deux fois chez la même femme pour la grossesse extra-utérine, qui se reproduit à quelques années d'intervalle sur le côté des annexes qu'on a scrupuleusement conservé lors de la première opération.

De sorte que c'est avec grande faveur que j'accueillis les opérations radicales, l'hystérectomie partielle ou totale dans la cure des salpingites ; on crut même un moment que l'ablation totale entraînerait moins de troubles que la castration ovarienne simple ; malheureusement, par l'opération radicale, ablation de l'utérus et des annexes, on n'évita pas davantage chez les opérées l'explosion des troubles de ménopause.

C'est sous les mêmes influences, sous l'empire des mêmes préoccupations, que la cure du fibrome a passé par les mêmes fluctuations, qu'on pratiquait l'hystérectomie totale ou partielle, par voie basse ou par voie haute.

A l'ablation totale de l'utérus fibromateux ou des annexes, on opposa l'extirpation de l'utérus avec conservation totale ou partielle de ses annexes ; il faut dire enfin qu'on était alors dominé par l'idée de conserver la sécrétion interne de l'ovaire, car dans les cas où on enlevait l'utérus, il ne pouvait être question de conserver les règles.

Cette conservation des ovaires ne m'a donné dans ma pratique aucun résultat, les malades avaient tous les troubles de la ménopause et restaient exposées, comme je l'ai dit tout à l'heure, à propos des salpingites et des interventions secondaires.

Cette opothérapie physiologique ne m'a pas paru supérieure à l'opothérapie pharmaceutique.

De telle sorte qu'en fin de compte je suis devenu très radical, et quand j'estime qu'une salpingite ou qu'un fibrone nécessitent une intervention chirurgicale, il est tout à fait exceptionnel que je ne fasse pas l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes, préférant exposer ma malade aux troubles de la ménopause artificielle, qu'aux dangers d'une seconde opération.

C'est ainsi que par la pratique d'opérations successivement variées dont j'ai longuement suivi les résultats, j'ai pu arriver à me faire une opinion, et que sans en avoir pratiqué la greffe artificielle j'ai en somme observé de très nombreux faits superposables à ceux de mon ami Tuffier, qui me conduisent aux mêmes conclusions.

Sans vouloir lui être désagréable, je lui dirai même qu'à mon avis, mes malades étaient beaucoup plus près de l'état physiologique que les siennes, car un ovaire que je laissais en place, avec ou sans sa trompe, avec ou sans l'utérus, me paraît être très supérieur à tout ovaire greffé soit sous la peau du ventre soit sous le péritoine.

Et j'en suis arrivé à cette conclusion : que si on peut conserver des règles si petites soient-elles, on peut éviter les accidents de ménopause, que dans le cas contraire, c'est-à-dire si on prive la

femme de son utérus, il est parfaitement inutile de lui conserver et à plus forte raison de lui greffer des ovaires.

Il faut cependant affirmer très hautement que si les troubles de ménopause artificielle sont à peu près constants, ce n'est que dans un nombre de cas relativement restreint que nos opérées en souffrent de façon à ne pas préférer ces troubles à leur état antérieur.

Je vous ai dit, d'autre part, combien je redoutais la conservation d'un ovaire ou d'une partie d'ovaire à cause des accidents ultérieurs qui m'on conduit à des opérations secondaires.

Alors que faire? enlever le tout et s'exposer à toutes les conséquences fâcheuses de la castration chez la femme encore jeune?

Non, rappelons-nous que ces femmes, quand elles ont encore leur utérus, sont à l'abri des accidents quand elles perdent un peu de sang : donc si elles ne l'ont plus, remplaçons ces règles par une saignée mensuelle, soit par la saignée classique autrefois si répandue, trop abandonnée aujourd'hui, soit par l'application de ventouses scarifiées sur la région lombaire, soit par l'application de quelques sangsues au pourtour de l'anus.

Ce sont là des moyens qui, je le sais, sont assez mal accueillis par nos clientes, moins élégants peut-être que la greffe ovarienne, mais je les crois plus efficaces, et je puis vous affirmer que toutes celles de nos malades qui ont bien voulu s'assujettir à cette pratique ont été sinon complètement guéries au moins extrêmement soulagées.

Je conclus donc comme mon ami Tuffier : L'ovaire sans l'utérus ne suffit pas à soustraire la femme aux inconvénients de la castration; elle n'y échappe que par la conservation de son utérus et enfin d'une partie d'ovaire suffisant pour la conservation de ses règles.

Mais je crois que dans le cas où on peut conserver l'utérus, je parle de salpingite, il y a au moins une partie des annexes qui doit aussi pouvoir être conservée sans être amené à faire des greffes pour assurer la continuation des règles.

Mauclaire. — Depuis 1900, j'ai fait un grand nombre de greffes d'ovaires — autogreffes et hétérogreffes, elles sont rapportées dans la thèse de mon élève M. Moreau (Paris 1905) et celle de l'élève de M. Tuffier M. Schreuber (Paris 1911). J'ai revu deux malades chez lesquelles les règles ont persisté sept ans chez l'une, deux ans et demi chez l'autre. Celle-ci est revenue me voir parce que les règles ayant cessé elle se croyait enceinte. J'avais chez elle suivi une technique spéciale; j'avais introduit l'artère épigastrique dans une grosse veine du hile de l'ovaire, la greffe avait réussi. Ce qui est

surtout intéressant pour aujourd'hui, c'est la question de la technique opératoire pour faire réussir cette greffe. C'est bien là une question chirurgicale puisque partout on pratique des greffes d'organes avec des résultats parfois extraordinaires. Je vous rappelle que dans une de mes communications antérieures j'ai cité les observations américaines rapportées et discutées à l'Académie de médecine de New-York, dans lesquelles des chirurgiens ont greffé des ovaires (hérérogreffes) tout contre l'utérus ou dans l'utérus chez des malades castrées antérieurement pour salpingo-ovarite bilatérale et, parmi elles, deux malades furent ultérieurement enceintes.

En somme, ce que je veux surtout dire ici c'est que la technique est du ressort de la chirurgie et nous devons nous en occuper bien que les résultats physiologiques soient encore en discussion.

Rapports.

Énucléation abdominale d'un fibrome sur un utérus gravide. Accouchement à terme; forceps au détroit supérieur,

par M. le Dr Hermann Legrand (Alexandrie).

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Les indications de l'intervention opératoire dans les fibromes, compliquant la grossesse, sont encore très diversement envisagées; tout le monde s'accorde cependant à conseiller l'opération lorsqu'il y a des accidents.

L'observation de myomectomie pratiquée au cours de la grossesse et apportée à notre Société par M. Legrand rentre dans cette dernière catégorie de cas.

Il s'agissait d'une femme, dont les dernières règles étaient apparues le 2 janvier 1905, et qui, le 30 mars de la même année, brusquement en faisant son ménage, fut prise d'une douleur violente, syncopale, dans le côté droit de l'abdomen.

Pensant à une appendicite, notre confrère, le Dr Legrand, la fit immédiatement porter dans une maison de santé, à Alexandrie.

Le 1er avril, la douleur persistait; il y avait de la défense musculaire, gênant le palper. On arrivait cependant à sentir une masse arrondie, émergeant du pelvis et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher vaginal permettait d'atteindre avec peine un col très élevé, plus gros et moins consistant que la normale, admettant la pulpe de l'index. Le pouls était à 110, régulier, la température de 37 degrés.

L'état ne se modifiant pas malgré la glace, les lavements laudanisés, la morphine en injection sous-cutanée, on se décida à intervenir.

Après éthérisation, on peut constater la présence d'une tumeur d'une dureté ligneuse ayant le volume du poing, semblant développée en avant et à droite d'un utérus de consistance plus molle dont le sommet remontait au-dessus de la tumeur.

Après incision sous-ombilicale, on constate que l'utérus remonte presque jusqu'à l'ombilic, que près de son fond existent deux petits fibromes pédiculés gros comme des noisettes, que son segment inférieur est déformé par une tumeur du volume du poing, située en avant et un peu à droite de la ligne médiane, partiellement incluse dans le ligament large. Le corps utérin lui-même est vineux, violacé, de consistance extrêmement molle; sa paroi est amincie; un léger choc du doigt y détermine des ondulations comme à la surface d'un kyste.

Sur le point culminant de la tumeur, le Dr Legrand incise le péritoine et quelques fibres musculaires à direction transversale, puis énuclée facilement la tumeur. Rapprochement des parois de la cavité avec des catguts supprimant tout espace mort. Surjet à la soie sur le péritoine.

L'opération terminée, il reste un utérus en forme de bilboquet, formé d'un fond volumineux sphérique, d'un manche allongé mince, constituant une sorte de tige.

Le fibrome enlevé pesait 450 grammes; guérison malgré trois accès de fièvre paludéenne du treizième au seizième jour, et de quelques accès consécutifs de fièvre quarte.

La grossesse continua et la malade rentra en France. Le 27 juin, coliques, douleurs iliaques droites, menaces d'avortement. Tout s'arrête à la suite d'un lavement laudanisé. Pendant les semaines qui suivent, il y a, à diverses reprises, des douleurs. L'hydramnios, déjà constatée au moment de l'opération est manifeste. Les accidents continuant, le Dr Baron (de Dijon), qui soigne à ce moment la malade, se demande s'il n'y a pas lieu de provoquer l'accouchement; mais la femme est épuisée, le col admet à peine une sonde urétrale ; on se décide à chercher simplement à relever tout d'abord les forces de la malade (injections de sérum artificiel, viande crue avec champagne) et à calmer les contractions utérines (lavements laudanisés).

A la suite de ce traitement commencé le 31 août, l'état s'améliore, et le 3 octobre commence le travail. Le 4 octobre, la poche des eaux, qui la veille faisait saillie dans le vagin sous forme d'un boudin allongé, de 5 à 6 centimètres, se rompt; la dilatation à ce moment a la dimension d'une petite paume de main. Le Dr Baron fait au détroit supérieur une application de forceps et extrait péniblement un enfant vivant, pesant 3 kilogrammes.

Guérison de la mère et de l'enfant.

Telle est, en résumé, l'intéressante observation que nous a apportée M. Legrand. En dehors du succès opératoire, nous croyons qu'il y a lieu de noter l'hydramnios à la production de

laquelle la présence du fibrome n'a peut-être pas été étrangère et les phénomènes de dystocie constatés, en l'absence de tout rétrécissement du bassin. Ces derniers furent probablement en rapport avec la faiblesse de la paroi utérine distendue par l'hydramnios et avec la rigidité du col, allongé par le fait de la tumeur et peut-être aussi rétréci par la suture pratiquée sur la cavité d'énucléation qui siégeait au niveau de l'isthme.

— Les conclusions du rapport de M. HARTMANN, mises aux voix, sont adoptées.

Infiltration ecchymotique diffuse de la face par compression brusque et intense du tronc. Mort huit heures après l'accident, par M. P. GUILLAUME-LOUIS, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Tours.

Rapport de M. LEJARS.

L'infiltration ecchymotique diffuse de la face et du cou, qui succède à certaines compressions du thorax, est aujourd'hui bien connue ; les premiers exemples en ont été observés, sans doute, il y a fort longtemps ; mais ce fut M. Perthes, de Leipzig, qui, en 1899, rappela sur elle l'attention, en décrivant le masque ecchymotique, et en précisant les conditions dans lesquelles il se produit et la signification qui lui est, d'ordinaire, attribuable. Depuis lors, les faits se sont multipliés ; je ne les reprendrai pas ; je noterai seulement qu'en 1905, j'ai eu l'occasion de fournir un exposé de la question, en relatant un exemple ; et que, ici même, des observations de ce genre nous ont été communiquées par M. Morestin, en décembre 1905, par M. Le Dentu, en 1906, par MM. Tuffier et Mauclaire, en 1910 ; M. Mauclaire avait, du reste, quelques semaines plus tôt, rassemblé et analysé 58 cas, dans une étude signée avec M. Burnier.

Ce curieux accident traumatique a donc été bien décrit, et le mécanisme en a été minutieusement discuté. Il reste pourtant « quelque chose » à dire ou à redire, je le crois, du moins. Bouffie et » toute bleue », la face et la partie supérieure du cou donnent alors, tout de suite, l'impression d'un traumatisme grave ; le premier aspect est inquiétant, effrayant même. Or, les premières observations ont montré que ce n'est là, très souvent, qu'une apparence, et que ces « faces noires » guérissent sans la moindre alerte ; ce contraste a frappé, et l'on s'est laissé aller tout naturellement à généraliser un peu trop ce pronostic bénin des masques ecchymotiques.

Un fait que j'ai à vous rapporter, et qui nous a été communiqué par M. le Dr Guillaume-Louis, professeur suppléant à l'Ecole et chirurgien de l'hôpital de Tours, vient précisément à l'encontre de cet optimisme exagéré, et c'est en cela qu'il est intéressant. Le voici :

Un jeune homme de dix-neuf ans est occupé avec son père à abattre un gros poirier ; le fils tire sur l'arbre avec une corde, pendant que le père coupe les racines. Le poirier tombe plus vite qu'on ne s'y attendait, il heurte le jeune homme « en plein sur la poitrine », le renverse et l'applique au sol de tout son poids. Le père se précipite pour dégager le blessé et déjà il s'aperçoit que « la tête de son fils a changé de couleur et qu'elle est devenue noire ».

M. Guillaume-Louis arrive une heure et demie après l'accident, et tout de suite il est frappé par le facies tout spécial du jeune homme, qui, du reste, a repris connaissance. « Toute la face est bouffie et de coloration violacée, les paupières gonflées, les globes oculaires proéminents, les conjonctives ecchymosées. L'infiltration s'arrête au niveau du cou, où l'on note simplement quelques plaques rouges violacées. » Pas de plaie, pas d'otorragie, pas d'épistaxis. On relève seulement deux côtes fracturées. L'agitation est extrême, la respiration stertoreuse; l'auscultation est difficile, « mais elle ne révèle rien de spécial au cœur ni aux poumons » ; l'abdomen est souple; il n'y a aucun signe de lésion viscérale.

A cause des fractures de côtes, d'une part, et de l'agitation anormale, de l'autre, M. Guillaume-Louis tient à porter un pronostic réservé, et il a grandement raison, comme le dénoûment proche va le montrer. Malgré la morphine, l'agitation continue et s'accroît : à minuit, le jeune homme succombait ; l'accident avait eu lieu à 4 heures de l'après-midi.

Quelle a été la cause exacte de la mort ? M. Guillaume-Louis n'en sait rien, l'autopsie n'ayant pas été faite. Je ne l'ai pas su davantage et pour la même raison, chez un homme que j'ai vu mourir, dans des conditions toutes semblables, il y a deux ans : c'était un ouvrier d'une quarantaine d'années, gros et gras, qui avait été pris dans un éboulement ; il est transporté le soir dans mon service, quelques heures après l'accident ; l'interne de garde qui le reçoit est alarmé de lui trouver la face toute noire, mais il ne découvre aucune lésion thoraco-abdominale ni rachidienne, aucune fracture ; la nuit se passe sans à-coup, bien que le blessé soit, lui aussi, très agité. Le lendemain matin, le masque ecchymotique est des mieux caractérisés, les paupières sont tuméfiées et les conjonctives ecchymosées ; il n'y a eu d'hémorragie ni par le nez ni par la bouche, on ne constate aucun signe de fracture du crâne. Le blessé ne souffre pas de la tête, il a uriné, il a le ventre

souple et indolent; il ne se plaint que d'une gêne respiratoire assez prononcée ; de fait, la respiration est fréquente et bruyante, mais à l'examen du thorax, on ne découvre ni épanchement ni pneumothorax, ni fracture des côtes. Les battements du cœur sont précipités, sans bruits anormaux.

Moi aussi, instruit par quelques expériences antérieures à redouter ces traumatismes du thorax, je me refusai à voir là une nfiltration ecchymotique diffuse bénigne, et je portai et formulai un pronostic assez sombre. On fit une saignée, on eut recours aux inhalations d'oxygène, le blessé fut maintenu assis : dans la nuit, il succombait.

L'autopsie n'a pu être pratiquée ; je ne puis donc affirmer qu'il n'existait pas, chez mon blessé, ou chez celui de M. Guillaume-Louis, quelque grave lésion profonde, quelque rupture, mais il n'y en avait aucun indice clinique, et la mort rapide, en pareil cas, comporte encore peut-être une autre explication. On a signalé déjà ces masques ecchymotiques de pronostic grave, et l'on a présenté, d'ordinaire, comme éléments indicateurs de ce pronostic, les fractures, les désordres viscéraux traumatiques relevés à l'examen. Chez mon blessé, je n'ai rien trouvé de semblable et les trois fractures de côtes sans déplacement notées par M. Guillaume-Louis semblent aussi d'importance médiocre. Le dénouement mortel, à brève échéance, pourrait se rapporter, quelquefois au moins, au mécanisme qui a commandé l'infiltration ecchymotique faciale et procéder de lésions asphyxiques, si l'on peut ainsi dire, de la *traumatic asphyxia*, suivant l'expression de nos confrères anglais et américains. Et je trouve une confirmation de cette hypothèse dans une double observation communiquée à la Société libre des Chirurgiens de Berlin, le 10 mai 1909, par M. Schultze : deux ouvrières travaillent à la blanchisserie de l'hôpital Béthanie ; un accident survient à l'appareil, elles sont toutes deux violemment serrées entre un cylindre et le mur. Le masque ecchymotique est des plus nets sur l'une et sur l'autre ; l'une meurt sur-le-champ, l'autre guérit, non sans avoir présenté une agitation furieuse (furibunder Erregunszustand) jusqu'au soir du premier jour. Or, chez la première, l'autopsie est faite : on ne découvre aucune fracture, aucune rupture d'organe, mais une stase et une infiltration veineuse de tous les organes.

Il y a lieu, je crois, de tenir compte de ces morts par asphyxie traumatique, depuis longtemps signalées, du reste, par les médecins légistes, et qui succèdent plus ou moins vite aux compressions intenses et brusques du tronc, le masque ecchymotique traduisant alors la stase asphyxique générale, et c'est pour cela que, même si l'on ne relève, à l'examen clinique, aucune lésion grave, la

dyspnée et le rythme altéré de la respiration doivent toujours faire réserver le pronostic.

Le point valait, je pense, d'être noté; un autre, tout différent, est encore à mettre en lumière dans l'histoire du masque ecchymotique, et qui se rapporte non plus, cette fois, aux formes graves, mais aux infiltrations partielles, aux formes frustes. Elles sont loin d'être rares, et je voudrais insister sur une d'elles : l'ecchymose bilatérale des conjonctives, des paupières et du pourtour des yeux. Ces « lunettes noires » créent un aspect des plus étranges; elles font tout de suite penser à la fracture du crâne. J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas, des plus typiques, dans ces dernières semaines, chez des femmes qui avaient subi de violentes compressions traumatiques du tronc; l'une d'elles était entrée dans mon service le soir de l'accident et, tout d'abord, les ecchymoses qui infiltraient ses conjonctives et les deux cercles noirâtres qui entouraient ses yeux avaient fait penser à l'éventualité d'une fracture du crâne; mais elle ne présenta aucune espèce d'accident et ne garda de son traumatisme que ses ecchymoses conjonctivo-palpébrales, qui s'effacèrent lentement. A quelques jours de là, l'autre femme m'était amenée par son médecin; elle portait ses deux lunettes ecchymotiques depuis le traumatisme, remontant à cinq jours, et le siège des deux plaques noirâtres, l'infiltration des conjonctives, quelques douleurs de tête ne laissaient pas, malgré l'absence de tout désordre, que de surprendre et d'inquiéter mon confrère; cette fois encore, il n'y avait aucune fracture du crâne et la guérison s'acheva le plus simplement du monde.

Les ecchymoses oculo-palpébrales et péri-orbitaires sont une des variétés incomplètes du masque ecchymotique, et procèdent du même mécanisme; elles sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Sans reprendre l'exposé de ce curieux accident traumatique, j'ai cru pouvoir vous signaler ces deux points, en rapportant l'observation intéressante de M. Guillaume-Louis, auquel je vous propose d'adresser nos remerciements.

M. Souligoux. — J'ai décrit dans la 1re édition du *Traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbet) 1898, volume VI, page 791, le masque ecchymotique de la face. Il est vrai que je ne lui ai pas donné de nom, mais, si je m'en rapporte à l'historique de M. Lejars, ce serait la première description en date.

M. Savariaud. — M. Lejars se demande à quelle cause encore mystérieuse on peut rapporter la mort. En l'absence d'autopsie, il est téméraire de donner une explication, mais il est possible,

d'après les données cliniques, de faire des suppositions. Le symptôme qui caractérise l'affection consiste en ecchymoses, c'est-à-dire en petits épanchements sanguins disséminés dans toute l'extrémité céphalique. Il est logique, dans ces conditions, de supposer que ce qui se passe au niveau des téguments, se passe également au niveau des méninges, du cerveau et de la région bulbaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien pourrait peut-être éclairer la chose.

M. Hartmann. — Je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un cas de masque ecchymotique de la face. Il s'agissait d'un jeune homme qui a guéri sans le moindre incident. Je n'ai donc pu faire aucune constatation anatomo-pathologique permettant de préciser la cause exacte de cette affection. Je ferai simplement une observation, c'est que la pathogénie, admise par les Américains, la nature asphyxique de ces ecchymoses, me semble assez difficile à concilier avec la limitation exacte des sugillations sanguines au segment céphalique du blessé. M. Lejars, qui a étudié la question, sera peut-être à même de nous expliquer cette localisation.

M. Mauclaire. — Dans cette question, il est intéressant de savoir si l'effort seul, sans compression du thorax, suffft pour faire apparaître le masque ecchymotique. Quelques cas en ont déjà été publiés. En voici un typique qui m'a été adressé par M. Devillers fils (de Guise) :

Observation. — *Masque ecchymotique par effort au cours d'un accouchement*, par M. Devillers fils.

En août 1910, il nous a été donné d'observer un cas de masque ecchymotique de la face consécutif aux efforts de l'accouchement; le fait nous a semblé assez rare pour mériter d'être signalé.

Cet aspect si singulier que nous allons décrire ne s'est pas passé sous nos yeux; la parturiente, âgée de trente-deux ans, ayant déjà accouché spontanément deux fois, avait simplement demandé l'assistance d'une sage-femme, et de fait le travail ne présenta par ailleurs rien de particulier : durée 5 heures; enfant du poids de 3 kil. 500, venu par le sommet.

Ce n'est que quelques heures après l'accouchement qu'on vint nous chercher, redoutant pour Mme D... l'apparition d'une scarlatine.

Cette femme, d'un blond châtain, au teint coloré, d'une taille moyenne et d'une forte carrure, nous était connue depuis longtemps.

Elle était venue à plusieurs reprises dans le cours de sa grossesse nous apporter de l'urine, parce qu'elle avait été atteinte de phlébite l'année précédente; les analyses n'avaient rien décelé.

A notre arrivée chez Mme D..., nous sommes très frappé de la teinte pourpre du visage et des taches ecchymotiques des conjonctives. Nous apprenons que cette femme a éprouvé, dans la dernière heure de

l'accouchement et après, des efforts considérables, des bourdonnements d'oreille et un affaiblissement de la vue qui lui fit réclamer de la lumière, alors qu'il faisait déjà jour et que l'éclairage était jugé suffisant par les assistants. En même temps, quelques gouttes de sang s'écoulaient par la narine gauche.

Passant à un examen plus approfondi, nous voyons le front, le visage, le cou, la nuque, tout le dos et la face externe des membres supérieurs jusqu'aux coudes uniformément rouges, d'un rouge écarlate fait d'un fin et serré pointillé ecchymotique ; les pommettes sont d'un rouge plus sombre, d'un rouge pourpre, les lèvres légèrement violacées.

La rougeur part des confins du cuir chevelu respecté et de là envahit toute la partie supérieure du corps, s'arrêtant en avant suivant une ligne horizontale, à deux travers de doigt de la naissance des seins dont la blancheur fait contraste ; en arrière, descendant beaucoup plus bas, elle cesse horizontalement au bord inférieur de la douzième côte. La face interne des bras et les aisselles possèdent leur coloration habituelle.

Le passage des régions colorées aux régions normales se fait par une zone de transition large de deux travers de doigt, dans laquelle le piqueté hémorragique se desserre de plus en plus.

Les deux yeux, mais le gauche plus que le droit, sont marqués de taches ecchymotiques d'un rouge vif se détachant nettement sur le brillant de la sclérotique.

Elles naissent à 2 ou 3 millimètres du limbe cornéen, superposées en quelque sorte aux insertions des droits interne et externe de l'œil, et se portent respectivement en dedans vers la caroncule et en dehors vers la commissure des paupières sous la forme d'un trait de pinceau horizontal d'un demi-centimètre de large environ.

C'est tout ce que l'on voit dans le regard de face, mais si l'on fait regarder en bas, on aperçoit sous la paupière supérieure gauche une tache ecchymotique lenticulaire, sous la droite un pointillé de même nature inscrivant le limbe cornéen.

Dans le regard en haut, et pendant l'abaissement des paupières inférieures, on voit l'hémisphère de l'œil rouge et le cul-de-sac palpébral d'un rouge plus sombre tirant sur le bleu.

L'examen bucco-pharyngé reste négatif comme aussi celui du conduit auditif externe.

Tel est l'état objectif de Mme D..., le jour de son accouchement.

Priée de lire un journal, elle le fait de l'œil gauche comme du droit, mais avec une certaine fatigue.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué, une douzaine de jours plus tard, alors que persistent encore les taches ecchymotiques des yeux, ne permet pas de découvrir trace d'une hémorragie antérieure importante ; nous disons importante, car nous ne sommes pas assez familiarisé avec l'ophtalmoscope pour pouvoir dire que rien de pathologique ne nous est échappé.

L'aspect si particulier de Mme D... s'atténua et s'effaça de jour en jour, il disparut au bout de quinze jours ; les yeux conservèrent leurs taches

ecchymotiques le même laps de temps, mais elles se montrèrent de plus en plus atténuées et comme lavées.

Cette observation n'est-elle pas la confirmation de ce qu'avançaient MM. Mauclaire et Burnier lorsque, dans le numéro d'avril 1910 des *Archives générales de Chirurgie*, ils disaient : « mais, à côté de cette catégorie de masques ecchymotiques par compression thoracique violente, il y a place pour une autre catégorie produite par le simple effort. »

La démonstration en est faite.

M. Arrou. — Je puis vous apporter deux observations de masque ecchymotique, dont l'une cependant, accompagnée de photographie, n'est pas encore complète, et ne pourra vous être lue que dans quelques jours.

L'autre, beaucoup plus ancienne, concerne un enfant de quatre à cinq ans, sur la poitrine duquel était tombée une armoire. Il s'ensuivit une coloration brusque et intense de la face, du cou, et des centimètres supérieurs de la poitrine. Les conjonctives, en particulier, étaient absolument violettes.

Cet aspect quelque peu effrayant ne devait point cependant alarmer. Il n'existait en effet ni oppression, ni agitation, ni phénomène quelconque d'une nature quelconque amenant à concevoir des craintes. L'enfant nous regardait, souriait, avait oublié son accident. Il guérit parfaitement, toute trace de coloration bleuâtre disparaissant en quelques jours.

La seconde observation, prise par mon collègue Fredet, dans mon service de la Pitié, vous sera communiquée, avec son assentiment, à huitaine.

M. Broca. — Je crois que M. Mauclaire a tort de faire intervenir ainsi les cas de ce genre consécutifs aux efforts, même à ceux de l'accouchement. A ce compte, nous devrions parler des ecchymoses palpébrales, oculaires, faciales consécutives aux quintes de coqueluche, et celles-là sont d'une banalité extrême.

M. Mauclaire. — Le cas que j'ai rapporté rentre absolument dans la question, à cause de l'étendue de l'ecchymose.

Est-ce que, dans la coqueluche, l'ecchymose descend jusqu'à l'ombilic ?

M. Lejars. — Je dirai d'abord à M. Souligoux que je n'avais pas l'intention de faire un historique; j'ai noté simplement que les premiers exemples du masque ecchymotique avaient été observés depuis fort longtemps, et j'aurais pu rapporter, à ce propos, comme je l'ai fait dans mon article de 1904, qu'il avait été parfaitement décrit, sans nom spécial, par Ollivier (d'Angers), chez les blessés de l'échauffourée du Champ-de-Mars, le 14 juin 1837, et par

Tardieu, en 1855 et en 1866, et que, d'autre part, en 1873, dans une thèse de Greifswald, M. Willers en avait relaté deux observations caractéristiques ; je ne demande pas mieux d'ajouter que, dans l'histoire moderne et renouvelée de l'accident, c'est M. Souligoux qui a écrit la première page.

Quant à la localisation des ecchymoses sur la face ou le cou, ou encore sur le haut de la poitrine, je répondrai à M. Hartmann qu'elle s'explique de la façon suivante, dans la théorie généralement adoptée : sous la compression brusque du thorax, d'une part, et aussi par le fait de l'effort de défense qui se produit d'ordinaire lors du traumatisme, le sang veineux est réfoulé en masse dans la veine cave supérieure ; il s'arrête à la racine des membres supérieurs devant les obstacles valvulaires, mais il remonte dans les jugulaires, libres, et cet afflux veineux à haute pression crée, dans leur territoire, à la face et au cou, les suffusions sanguines cutanées ou les ectasies veineuses qui donnent lieu à la coloration noire diffuse, aux ponctuations, aux pétéchies. On a signalé très souvent une limitation nette, circulaire de l'infiltration ecchymotique au niveau du col de la chemise.

Il est clair, comme le fait remarquer M. Savariaud, que ce reflux veineux se poursuit jusqu'aux veines intra-craniennes, et que les suffusions et les ectasies constatées à la face peuvent aussi se produire sur les centres nerveux. Elles se manifestent, d'ailleurs, dans l'orbite, et des accidents rétiniens persistants ont été signalés plusieurs fois, à la suite de ces infiltrations ecchymotiques diffuses, et rentrent encore dans le cadre des formes graves. Il ne semble pas, toutefois, que la mort rapide reconnaisse d'ordinaire une origine encéphalique ; mon blessé n'a été atteint d'aucun trouble cérébral, il est mort d'asphyxie progressive, et j'incline à penser que cette pathogénie est habituelle.

La question ne laisse pas, sans doute, que de présenter encore quelques points obscurs ; les faits qui viennent d'être rapportés par nos collègues nous paraissent démontrer, en tout cas, que le masque ecchymotique n'est pas très rare ; je me permettrai d'ajouter encore que, sous ses formes incomplètes, il est d'une réelle fréquence, et que, si le pronostic en est d'ordinaire bénin, il revêt quelquefois une signification grave, non seulement par le fait des lésions traumatiques dont il peut être accompagné, mais par l'asphyxie menaçante et progressive qu'il dénonce.

— Les conclusions du rapport de M. Lejars, mises aux voix, sont adoptées.

Communication.

Sur les injections intrapéritonéales d'huile,

par M. PIERRE DELBET.

Les injections intrapéritonéales d'huile étant sur le point de devenir à la mode, je vous demande la permission de vous communiquer le résultat de mes recherches expérimentales sur ce sujet. Ces recherches datent de vingt ans. Elles ont été faites avec la collaboration de mon ami Bresset, à la Sorbonne, dans le laboratoire de mon maître, le professeur Dastre, de 1890 à 1892. Elles font partie d'un ensemble d'études sur la physiologie chirurgicale du péritoine. Trois de ces études ont été publiées; elles ont trait au drainage du péritoine, au lavage du péritoine et à l'action des antiseptiques sur l'endothélium péritonéal.

Bien que je me sois cru autorisé à cette époque déjà lointaine à remplir d'huile le péritoine d'une femme, qui a d'ailleurs fort bien guéri, je n'ai jamais publié mes recherches parce qu'en les poursuivant, je suis arrivé à cette conviction que l'huile dans le péritoine a plus d'inconvénients que d'avantages.

Voici l'idée qui m'avait conduit à entreprendre cette étude expérimentale.

La résorption des toxines produites dans la cavité péritonéale infectée joue un rôle prépondérant dans la symptomatologie et la léthalité des péritonites. Si on arrivait à enduire le péritoine d'un vernis imperméable aux toxines, on permettrait au malade de lutter contre les agents pathogènes et peut-être d'en triompher. Si ce vernis était un mauvais milieu de culture pour les microbes, à plus forte raison, s'il était antiseptique, il favoriserait cette lutte.

J'ai pensé, à tort je crois, que l'huile pourrait satisfaire à ces *desiderata* et pour la rendre antiseptique, je l'ai additionnée de salol.

Mais j'ai d'abord constaté que l'huile salolée à 10 p. 100 est par elle-même toxique.

Le 24 mai 1890, à 4 h. 15, j'injecte dans le péritoine d'un chien de 10 kil. 800, 100 grammes d'huile salolée à 10 p. 100. L'animal succombe le lendemain matin à 10 heures. A l'autopsie, on trouve encore un peu d'huile dans le péritoine. La surface de l'intestin est graisseuse. Le mésentère a par places un aspect opalescent. La vessie est extrêmement distendue et l'urine diluée au cen-

tième donne encore une réaction énergique d'acide salicylique avec le perchlorure de fer.

J'ai constaté ultérieurement sur un chien et trois cobayes que l'huile salolée à 6 p. 100 injectée aseptiquement dans le péritoine n'entraîne aucun accident.

Je me suis donc servi dans mes expériences tantôt d'huile simple, tantôt d'huile salolée à 6 p. 100 ou à 4 p. 100.

Pour plus de clarté, je vous rapporterai les expériences sans suivre l'ordre chronologique.

Je rangerai dans le premier groupe les expériences d'un caractère trop chirurgical pour être précises.

— Le 17 juin 1890, à 3 heures, j'ouvre sans aucune précaution antiseptique l'abdomen d'un chien de taille moyenne. Je sectionne une anse d'intestin grêle perpendiculairement à son axe. J'injecte dans l'abdomen 95 grammes d'huile simple stérilisée et je referme la boutonnière. A 4 heures, une heure après, je fais une laparotomie aussi aseptique que possible, je suture l'anse intestinale, je remplis à nouveau le péritoine d'huile. L'animal guérit sans présenter le moindre incident. Il est mis à mort le 23. Le péritoine ne présente aucune autre altération qu'une toute petite adhérence de l'anse suturée à une anse voisine.

J'avais fait, à la même époque, une expérience du même type avec l'huile salolée, expérience dont le résultat avait été également brillant.

C'est alors que je me suis cru autorisé à remplir d'huile le péritoine d'une femme après une salpingectomie. La malade, qui n'avait pas de péritonite, a bien guéri, et cette guérison ne prouve absolument rien.

Voici le résumé de l'ensemble des expériences faites sur ce type. Section d'une anse intestinale perpendiculairement à son axe, tantôt totale, tantôt sur les trois quarts de sa circonférence. L'huile a été mise dans le péritoine, soit au moment même du traumatisme, soit un temps variable après.

Dans quatre expériences, j'ai employé l'huile simple (sans salol).

Je viens de vous relater l'observation du chien qui a guéri. Voici les trois autres.

— Chien griffon. Section de l'intestin le 20 juin 1890, à 2 h. 15. A 4 h. 35, injection de 95 grammes d'huile pure stérilisée. A 5 h. 30, laparotomie à l huile. Suture de l'intestin. Mort le lendemain vers midi. Autopsie. Péritonite. Il y a encore un peu d'huile dans le péritoine. La suture résiste parfaitement à l'épreuve de l'eau.

— Chien de grande taille. Section de l'intestin le 18 juin 1890, à 2 h. 45. A 4 h. 15, injection de 95 grammes d'huile. L'animal meurt le 20, à 4 heures de l'après-midi.

— Chien de taille moyenne. Section de l'intestin le 20 juin 1890, à 2 h. 30. Injection de 140 grammes d'huile pure stérilisée, à 4 h. 30. Mort dans la nuit. Autopsie. Péritonite intense. Huile liquide dans le péritoine en grande quantité.

Ce qui doit frapper dans ces trois expériences, que la suture ait été faite ou non, c'est la rapidité de la mort.

Voici une autre série de seize expériences faites avec l'huile salolée.

Neuf fois, l'huile salolée a été mise au moment même du traumatisme.

— Chienne noire et blanche. Le 14 juin 1890, à 3 h. 5, injection de 140 grammes d'huile contenant 7 grammes de salol et section de l'intestin. A 4 h. 5, laparotomie. L'abdomen est rempli de tœnias et de matières fécales. Lavage au sérum artificiel à 39 degrés. Suture de l'intestin. Greffe épiploïque. Huile contenant 2 grammes de salol. Guérison sans incident. Mise à mort le 23. Autopsie. La cavité abdominale a un aspect normal. Il n'y a qu'une petite adhérence de l'anse suturée à une anse voisine. Pas trace d'huile dans le péritoine. L'urine ne contient pas d'acide salicylique.

— Chien bouledogue. Section de l'intestin, le 16 juin 1890, à 3 h. 30. Injection immédiate de 95 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. A 5 heures, suture, greffe épiploïque et nouvelle injection d'huile salolée. L'animal meurt dans la nuit du 17 au 18. Autopsie le 18, à 2 heures. Pas d'épanchement, mais tout le péritoine est d'un rouge intense. La suture résiste parfaitement à l'épreuve de l'eau.

— Chien de taille moyenne, jaune et noir. Section de l'intestin le 16 mai 1890, à 3 h. 45. Injection immédiate de 95 grammes d'huile, salolée à 6 p. 100. Suture à 6 heures. Deuxième injection d'huile salolée. Mort dans la nuit du 18 au 19. Autopsie. Péritonite intense. Suture bonne.

— Caniche noir. Section de l'intestin, le 17 juin 1890, à 2 heures. Injection immédiate de 95 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. Le 18 juin, à 3 h. 15, laparotomie. Matière fécale en quantité considérable dans le péritoine, mais sans réaction péritonéale apparente. Lavage au sérum stérilisé. Suture intestinale. L'abdomen est rempli d'huile salolée à 6 p. 100. Guérison sans incident. L'animal est mis à mort le 25. Autopsie. Adhérences étendues. Les intestins touchés au perchlorure de fer ne se colorent pas.

— Chien noir. Section de l'intestin, le 26 juin 1890, à 4 heures. Injection immédiate de 95 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. A 5 h. 15, laparotomie, lavage au sérum, suture intestinale. Injection de 95 gr. d'huile salolée à 6 p. 100. Mort le 27, à 3 heures.

— Grand chien noir. Section de l'intestin à 3 heures. Injection

d'huile salolée. A 5 heures, laparotomie. Beaucoup de matières fécales dans le péritoine. Lavage à la solution de Rotter. Injection de 90 gr. d'huile salolée. Suture intestinale. Mort dans la nuit.

— Chien griffon de petite taille. Section de l'intestion, le 27 juin 1890, à 2 h. 30. Injection de 30 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. A 4 heures, laparotomie. Grande quantité de matières fécales dans l'abdomen. Lavage à la solution de Rotter. Injection de 30 grammes d'huile. Résection d'une grande partie de l'épiploon infiltrée de matières fécales. Suture intestinale. Mort dans la nuit.

— Chien épagneul noir. Section de l'intestin, le 30 juin 1890, à 4 h. 30. Injection immédiate d'huile d'amandes douces salolée à 6 p. 100. Laparotomie à 5 h. 45. Lavage au sérum. Injection de 60 gr. de même huile. Suture. Mort.

Voici une dernière expérience de cette série dans laquelle l'animal est mort avant que la suture fût faite.

— Chien jaune de moyenne taille. Section de l'intestin, le 23 juin 1890, à 6 h. 15. Injection immédiate de 140 grammes d'huile salolée à 4 p. 100. Je voulais faire la suture le lendemain; mais quand je reviens au laboratoire, l'animal a succombé. Autopsie. Péritonite intense. L'urine donne la réaction de l'acide salicylique.

J'arrive à une autre série d'expériences où l'injection d'huile a été faite entre une et trois heures après la section de l'intestin.

— Chien de moyenne taille. Section de l'intestin, le 18 juin 1890, à 3 heures. Injection de 95 grammes d'huile salolée à 6 p. 100 à 4 h. 15. A 5 heures, laparotomie. Lavage au sérum. Injection d'huile. Suture intestinale. Guérison sans incident. Mis à mort le 25. Autopsie : péritoine en parfait état. Une seule adhérence épiploïque. Les attouchements au perchlorure de fer ne donnent aucune réaction.

— Chien loulou noir. Section de l'intestin, le 21 juin 1890, à 2 h. 15. A 4 heures, injection de 140 grammes d'huile salolée à 4 p. 100. A 5 h. 15, laparotomie à l'huile salolée à 4 p. 100. Suture intestinale. Mort le 22, à 9 heures du soir. Eventration.

— Chien aveugle. Section de l'intestin, le 21 juin 1890, à 3 heures. A 3 h. 30, injection de 140 grammes d'huile salolée à 4 p. 100. Mort le 22 dans la soirée.

— Grand braque jaune. Section de l'intestin, le 24 juin 1890, à 3 h. 45. A 5 h. 25, injection de 140 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. Laparotomie à 6 heures. Lavage au sérum artificiel. Injection de 140 grammes d'huile salolée. Suture intestinale. Mort le 25, à 4 h. 30. Autopsie. Péritonite intense. Vessie très distendue. Réaction violet noir de l'urine au perchlorure de fer.

Dans trois autres expériences, au lieu de sectionner l'intestin au bistouri, j'ai fait tirer un coup de revolver dans l'abdomen.

— Chien bouledogue marron. Le 23 juin 1890, à 1 heure, coup de revolver de 5 millimètres dans l'abdomen. A 1 h. 45, injection d'huile salolée à 4 p. 100 dans le péritoine, Mort le 24, avant que la suture ne soit faite.

— Chienne bouledogue jaune. Le 23 juin 1890, coup de revolver de 5 millimètres dans l'abdomen à 2 heures. A 2 h. 20, injection de 140 grammes d'huile salolée. A 5 heures, laparotomie. L'abdomen est rempli de sang. Une branche importante de la mésentérique a été atteinte et il existe en outre, derrière le foie, une plaie pariétale qui saigne abondamment. Ces deux sources d'hémorragie sont aveuglées par des pinces. Recherche des plaies intestinales. Une première plaie simple est suturée près du cæcum. Je trouve ensuite deux plaies doubles qui m'obligent à faire une résection. Une autre plaie porte sur l'anse vascularisée par l'artère coupée. Je résèque 75 centimètres d'intestin. Enfin une contusion grave sans plaie m'oblige à faire encore une résection partielle. Injection de 175 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. L'animal meurt dans la nuit. L'autopsie permet de constater que deux perforations ont échappé. En outre, la résection a été insuffisante. L'un des bouts intestinaux est en voie de sphacèle sur une étendue de 5 à 6 centimètres.

— Chien noir. Le 25 juin 1890 à 2 h. 15, coups de revolver dans l'abdomen. A 4 h. 15, injection de 140 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. A 5 heures laparotomie. Quatre perforations. Trois résections. Lavage au sérum artificiel. 195 grammes d'huile salolée à 6 p. 100. Mort le 26 à une heure de l'après-midi.

Voici les résultats en bloc de ces vingt expériences.

Dans quatre cas, la plaie intestinale n'a pas été suturée. Les quatre chiens sont morts.

Dans seize cas la suture a été faite. Quatre chiens ont guéri, douze sont morts.

Des quatre qui ont guéri, deux avaient été suturés une heure, un deux heures, un vingt-cinq heures après la perforation.

Des douze qui sont morts, trois avaient été suturés une heure et quart ou une heure et demie après la perforation : six l'avaient été après deux heures ou deux heures et quart, trois l'avaient été à la troisième heure.

Les conditions, au point de vue du temps, étaient donc très favorables. Aussi peut-on dire que les résultats ne sont pas brillants.

Nous manquons, il est vrai, de points de comparaison. La mortalité aurait-elle été plus ou moins grande sans l'huile? Je ne le sais pas exactement. Mais une autre série d'expériences dont il me reste à vous parler fournit un terme de comparaison.

Dans cette série je me proposais d'étudier la toxicité du liquide des péritonites et de chercher si l'huile modifiait l'absorption par le péritoine. Ces expériences ont été faites en 1891 et 1892.

Pour produire les péritonites, l'intestin grêle était sectionné perpendiculairement à son axe sur les deux tiers ou les trois quarts de sa circonférence et les chiens étaient abandonnés sans aucun traitement.

Sur onze dont l'intestin avait été ainsi sectionné, trois ont guéri spontanément.

Les huit qui ont succombé sont morts à peu près dans le même laps de temps que ceux qui avaient été soignés. On peut donc dire que l'huile simple ou salolée n'a eu aucun effet utile. Son inefficacité apparaîtra encore plus nettement si l'on songe que ceux qui ont reçu de l'huile ont été, d'autre part, traités suivant les règles admises pour la thérapeutique des plaies de l'intestin.

Voici les expériences sur la toxicité du liquide de péritonites par perforation de l'intestin :

I. Chien jaune de 16 kilogrammes. Le 19 mai, à 3 heures, l'intestin grêle est sectionné sur les deux tiers de sa circonférence. L'animal meurt le 21 à midi et demi. L'autopsie est faite à 1 h. 30. On retire de la cavité péritonéale 140 centimètres cubes de liquide séro-sanguinolent.

Ce liquide est divisé en deux parties égales. La moitié, c'est-à-dire 70 centimètres cubes, est injectée dans le péritoine d'un chien de 5 kilogrammes. Au bout d'une demi-heure, l'animal est pris de tremblements; le soir, il ne peut plus se tenir debout et il meurt au bout de douze heures.

Ces accidents qui débutent vingt-cinq minutes après l'injection ne sont pas assez rapides pour être de nature réflexe, et ils le sont trop pour être dus à une bacillémie. Seule l'absorption de toxines paraît pouvoir les expliquer. Et voici ce qui me semble prouver que cette explication est en effet la véritable.

La seconde moitié du liquide recueilli dans le péritoine a été filtrée avec l'appareil de d'Arsonval sous une pression de 30 atmosphères. Il a passé seulement 12 centimètres cubes de liquide. Je ne puis affirmer que ces 12 centimètres cubes ne contenaient aucun microbe, car je ne m'en suis pas assuré par des ensemencements, mais il est certain que s'ils en contenaient, ce ne pouvait être qu'en très petite quantité.

Les 12 centimètres cubes ont été injectés dans le péritoine d'un chien de 8 kilogrammes. Au bout de dix minutes il est pris de vomissements, puis le train postérieur se parésie, et il meurt au bout de treize heures. Ici, il ne me semble pas douteux que les accidents et la mort soient dus à la toxémie. L'animal est mort empoisonné par les toxines produites dans le péritoine du premier chien. Cependant son péritoine a réagi, car l'autopsie le montre extrêmement vascularisé. Le gros intestin est rempli de matières diarrhéiquss sanguinolentes. On retire

de la cavité péritonéale 92 centimètres cubes de liquide. 17 centimètres cubes de ce liquide sont injectés dans le péritoine d'un lapin qui meurt en vingt-qnatre heures.

Dans une seconde expérience, le liquide péritonéal a été beaucoup moins toxique.

II. Chien braque de 24 kilogrammes. L'animal succombe vingt heures environ après la section de l'intestin. On retire de son abdomen une énorme quantité de sérosité, 500 centimètres cubes; l'intestin et l'épiploon sont à peine modifiés, ils ne présentent que peu de signes de réaction inflammatoire.

12 centimètres cubes de ce liquide sont injectés dans le péritoine d'un chien de 8 kilogrammes.

L'animal paraît affaibli dans les heures qui suivent, mais il guérit.

20 centimètres cubes de filtrat obtenus avec l'appareil de d'Arsonval sont injectés dans le péritoine d'un chien de 12 kilogrammes. Au bout d'une demi-heure il est pris de vomissements, puis de hoquet mais il guérit comme le précédent.

Ces vomissements que j'ai déjà signalés dans l'expérience précédente et que nous retrouverons dans les suivantes sont fort singuliers. Les conditions dans lesquelles ils surviennent font penser qu'ils sont dus à une toxine vomitive comme l'émétique. Pour la vérifier, cette hypothèse, il aurait fallu injecter le liquide dans les vaisseaux, ce que je n'ai pas fait.

Voici une autre expérience qui montre bien la toxicité du liquide des péritonites.

III. Chien griffon de 7 kilogrammes. Le 9 juin à 9 h. 10 du matin, section d'une anse d'intestin grêle sur les deux tiers de sa circonférence. L'animal meurt le matin du 11 juin. On fait l'autopsie alors que le cadavre est encore chaud et on retire du péritoine 60 centimètres cubes de sérosité rougeâtre. Ce liquide est filtré sur l'appareil de d'Arsonval. (Une imperfection de la bougie ne permet pas d'affirmer que le liquide filtré ne contenait pas de microbes. On peut cependant considérer comme certain que s'il en contenait, c'était en petite quantité.) Le filtrat d'un volume de 40 centimètres cubes est injecté dans le péritoine d'un chien de 4 kilogrammes. L'animal vomit vingt minutes après et meurt en quatre heures et demie.

On fait l'autopsie immédiatement et on retire 40 centimètres cubes de sérosité rougeâtre. Celle-ci est filtrée et 5 centimètres cubes du filtrat sont injectés à un cobaye de 500 grammes. L'animal est pris de diarrhée une demi-heure après l'injection et meurt en cinq heures et demie.

Cette expérience est d'autant plus démonstrative que la toxicité du liquide est probablement diminuée par la filtration. En effet,

lorsque l'on fait passer un liquide sous forte pression au travers d'un filtre très serré, ce n'est pas une simple filtration qui se produit : la composition du liquide est modifiée au moins en quantité.

Voici une expérience qui montre la diminution de la toxicité par la filtration.

IV. Chien gris fer de 9 kil. 500. Section de l'intestin sur les trois quarts de sa circonférence le 18 juin à 9 h. 45. L'animal meurt dans la nuit. L'autopsie est faite le 14 à 8 heures du matin. On retire de l'abdomen 350 centimètres cubes de sérosité rouge vif.

4 centimètres cubes de cette sérosité sont injectés dans le péritoine d'un cobaye qui meurt en trois heures.

240 centimètres cubes sont filtrés avec l'appareil de d'Arsonval sous une pression de 50 atmosphères.

A 10 heures, 8 centimètres cubes de filtrat sont injectés à un chien de 5 kilogrammes; à 10 h. 25, l'animal se couche; à 10 h. 35, il paraît souffrir de violentes coliques; à 11 heures, il est pris de tremblements; à 11 h. 30, il vomit. Puis vers une heure, son état paraît s'améliorer; à 2 heures, il se lève et commence à marcher. Vers la fin de l'après-midi, il est complètement rétabli.

13 centimètres cubes du même filtrat ont été injectés à un chien de 9 kilogrammes, qui a présenté des accidents du même genre, mais moins marqués.

Les choses se sont passées de même chez un troisième chien qui avait reçu 16 centimètres cubes.

La différence de toxicité a été également marquée chez le cobaye. Dix centimètres cubes de liquide non filtré ont tué un cobaye de 600 grammes en trois heures et demie. Cinq centimètres cubes de filtrat n'ont produit presque aucun effet à un cobaye de 505 grammes.

J'arrive à ma dernière série d'expériences qui montrent que malheureusement l'huile n'apporte aucun obstacle à l'absorption des toxines par le péritoine lorsqu'elle est injectée quelques minutes avant.

Le liquide qui a servi à ces expériences provenait d'un chien mort comme les précédents de péritonite par perforation. Sa toxicité était considérable.

Quatre centimètres cubes injectés à un cobaye de 455 grammes l'avaient tué en douze heures.

Six centimètres cubes injectés à un cobaye de 305 grammes avaient amené des accidents quelques minutes après l'injection et tué l'animal en quatre heures.

Quinze centimètres cubes injectés à un cobaye de 475 grammes avaient entraîné des accidents presque immédiats et la mort en trois heures.

Deux chiens ont reçu dans le péritoine des quantités de ce liquide proportionnelles à leur poids (5 centimètres cubes par kilogramme) l'un sans huile, l'autre après une injection d'huile. Voici le résultat de ces deux expériences comparatives :

A. Chien de 9 kilogrammes. A 9 h. 50, injection de 45 centimètres cubes de liquide non filtré. L'animal est pris de vomissements dix minutes après. A une heure et demie, on le trouve couché avec du hoquet et des vomissements. Il meurt à 3 h. 30.

B. Chien de 5 kilogrammes. A 9 h. 45 injection dans le péritoine de 100 centimètres cubes d'huile stérilisée. Dix minutes après, à 9 h. 55 injection de 25 centimètres cubes du même liquide non filtré ; les vomissements commencent vingt minutes après. A 1 h. 30 l'animal est couché et secoué de tremblements. Il meurt à 3 heures.

On voit que les accidents ont été les mêmes. Chez l'animal qui avait reçu de l'huile, les vomissements ont commencé dix minutes plus tard, mais la mort est survenue vingt-cinq minutes plutôt. On ne peut donc pas dire que l'huile ait eu un effet heureux.

La sérosité du péritoine des deux chiens a été recueillie. Huit centimètres cubes provenant du chien qui n'avait pas reçu d'huile ont été injectés à un cobaye de 715 grammes. Il est mort en vingt-quatre heures.

Vingt centimètres cubes provenant du chien qui avait reçu de l'huile ont été injectés à un lapin de 1 kil. 880. Il est mort en cinq heures.

Deux autres expériences comparatives ont été faites dans les mêmes conditions. Les voici :

C. Chien de 8 kil. 500. A 9 h. 30, injection dans le péritoine de 120 centimètres cubes d'huile stérilisée. A 9 h. 45 injection de 40 centimètres cubes de sérosité péritonéale. L'animal meurt à 4 heures de l'après-midi.

D. Chien de 9 kilogrammes. A 9 h. 40, injection dans le péritoine de 40 centimètres cubes du même liquide. L'animal vomit dix minutes après l'injection et meurt à 3 h. 30.

Telles sont les expériences qui datent de vingt ans. Elles montrent le rôle capital de l'absorption des substances toxiques produites dans le péritoine infecté. Elles montrent aussi que l'huile simple n'empêche pas cette absorption, et que l'huile salolée ne modifie pas l'évolution septique.

Le raisonnement qui m'avait conduit à entreprendre ces expériences est d'ailleurs bien simpliste. S'imaginer que l'huile agirait comme un vernis imperméable, c'était méconnaître par trop la complexité des phénomènes biologiques.

Certaines expériences que j'ai résumées montrent bien cette

complexité. Je rappelle la plus caractéristique. Douze centimètres cubes de liquide filtré sont injectés dans le péritoine d'un chien de 8 kilos. Il meurt en seize heures, et l'on retire de son péritoine 92 centimètres cubes de sérosité. Il avait absorbé les toxines puisqu'il est mort et cependant son péritoine avait abondamment exsudé puisqu'on en a retiré 92 centimètres cubes de liquide alors qu'on en avait injecté 12.

En somme, le résultat de mes expériences, au point de vue de l'efficacité de l'huile, a été absolument négatif. Aussi comme personne à l'époque où je les ai faites n'avait eu l'idée d'employer l'huile dans les laparotomies, je ne les ai pas publiées.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. Glimm en 1906 a vanté les bienfaits des injections intra-péritonéales d'huile et ces injections paraissent actuellement en passe de devenir à la mode.

Je tiens à faire remarquer que mes expériences ne sont pas en aussi formelle contradiction, qu'on pourrait le croire, avec celle de Glimm.

Glimm a constaté que les solutions de lactose et d'iodure de potassium passent avec la même rapidité et en aussi grande quantité dans les urines, que le péritoine ait été huilé ou non. J'avais constaté de même que l'huile n'empêche pas et ne retarde même pas l'absorption des toxines.

C'est seulement les corpuscules et particulièrement les microbes que l'huile arrêterait. A cela je n'ai rien à objecter, car dans mes expériences je n'ai point envisagé cette question.

Mais au point de vue pratique, il faut distinguer les expériences où l'injection d'huile a été faite longtemps avant l'injection, de celle où elle a été faite au moment même ou bien après.

Dans une première série d'expériences, Glimm a fait l'injection d'huile vingt-quatre heures avant l'injection des microbes. Pour ma part, je n'ai jamais fait l'injection aussi longtemps avant.

Les expérimentateurs qui sont venus depuis ont confirmé l'efficacité de l'huile injectée dans ces conditions, particulièrement Pfannenstiel et Hœhne. Mais l'interprétation qu'ils en donnent est tout-à-fait différente de celle de Glimm. Pour eux, l'huile n'agit pas comme un vernis qui imperméabilise le péritoine ni comme un bouchon qui obture les lymphatiques. Elle agit en provoquant une réaction inflammatoire et ils en donnent pour preuve que l'on obtient les mêmes résultats en introduisant dans le péritoine du verre pilé. Quoi qu'il en soit, je n'ai rien à dire sur le rôle préventif des injections d'huile, ne l'ayant pas étudié.

Reste le rôle curatif, c'est-à-dire l'efficacité de l'huile injectée au même moment ou à peu près que les substances toxiques ou septiques. Cette efficacité Pfannenstiel et Hœhne la nient absolu-

ment. Leurs expériences de 1909 sont en contradiction formelle avec celle de Glimm et en accord parfait avec celle que j'ai faites en 1890 et 1892.

Je n'ai pas employé l'huile camphrée. Mais les auteurs s'accordent pour n'attribuer au camphre qu'un effet tonique qu'on peut obtenir aussi bien par des injections sous-cutanées.

En somme, dans mes expériences qui remontent à vingt ans, l'huile simple et l'huile salolée introduites soit au moment même de l'infection, soit un peu avant soit un peu après ont été tout-à-fait impuissantes à empêcher l'absorption des toxines et à lutter contre l'infection. J'ajoute qu'un certain nombre d'animaux traités par l'huile sont morts un peu plus vite que les témoins. Aussi mon impression a-t-elle été défavorable. C'est pour cela qu'après avoir employé l'huile une fois en 1890 après une salpingectomie, je n'y ai pas eu recours depuis. C'est pour cela que je n'ai pas publié mes expériences à l'époque où je les ai faites. C'est pour cela aussi que j'ai cru de mon devoir de vous les communiquer aujourd'hui.

Avis.

MM. les candidats à une place de *membre correspondant* sont invités à faire parvenir leurs titres à M. le Secrétaire général *avant le* 15 *novembre prochain.*

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

1°. — M. BROCA dépose, au nom de M. le professeur KÖRTE (de Berlin), les mémoires suivants : 1° *Sur le traitement de la pancréatite aiguë*; 2° *Sur l'occlusion intestinale dans l'appendicite*; 3° *Sur le traitement des péritonites diffuses*.

2°. — M. LE DENTU fait hommage à la Société d'un fascicule du *Nouveau traité de chirurgie*, ayant pour objet l'étude des *tumeurs* et *difformités congénitales de la région cranienne et de la face*, avec 118 figures dans le texte, par M. A. LE DENTU.

M. LE PRÉSIDENT. — J'adresse à MM. KÖRTE et LE DENTU les remerciements de la Société de Chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

I. — *A propos des greffes ovariennes.*

M. TUFFIER. — Le travail que je vous ai présenté visait des questions physiologiques ; vous en avez accepté les conclusions,

car vos objections portent principalement sur des faits de *pratique* chirurgicale que j'avais soigneusement laissés de côté, mais que je serais tout disposé à discuter.

I. A M. Hartmann, qui me dit en parlant de l'ovaire: « il est plus rationnel de le conserver avec ses connexions normales », je répondrai: « plus rationnel, peut-être, mais plus avantageux en pratique, le fait est discutable. Nous avons tous laissé des ovaires *dans l'abdomen* après hystérectomie quelquefois impunément, mais parfois avec perte. Ils peuvent devenir douloureux et nous obliger à faire une nouvelle laparotomie. Il est en pareil cas *après greffe*, indiscutablement plus simple d'inciser la peau pour extraire ce « locataire gênant » que de le chercher au fond du ventre ».

Quant à la transmission de la *syphilis* par une de ces greffes, j'y ai pensé, et mes hétérogreffes devaient être et ont été, je vous prie de le croire, soigneusement examinées à ce sujet. Je n'ai pas fait le Wassermann; je ne m'élève pas contre son emploi, mais le résultat négatif que nous pouvions obtenir ne m'aurait permis aucune conclusion; d'ailleurs cet argument s'applique à toute greffe humaine.

Mes résultats sont-ils absolument négatifs? La communication de notre collègue aura donc eu son utilité, car elle servira à arrêter dans l'avenir ceux d'entre nous qui auraient pu être tentés de s'engager dans cette voie. Je crois avoir fait plus: en démontrant que la greffe ovarienne humaine positive ne remédie pas aux accidents de ménopause, j'ai le droit de me demander si toute la thérapeutique pharmaceutique employée contre ces accidents et dont la base est constituée par des extraits d'ovaires animaux a une valeur quelconque. La question vaut bien la peine d'être résolue!

II. Avec mon ami Routier, nous entrons en pleine clinique et sa longue expérience lui rendait au moins la question familière.

— Pourquoi certaines femmes ont-elles des troubles de ménopause anticipés et d'autres n'en ont-elles pas? Le fait est indiscutable. J'espère pouvoir vous répondre d'ici peu à cette question qui a fait l'objet de nos recherches, mais qui n'est pas encore au point.

— Deux faits sont importants dans l'exposé de M. Routier; le premier a trait *à l'ablation unilatérale* des annexes dont il est peu partisan, car elle nécessite souvent une opération complémentaire quelques années après. Je le sais, mais je reste incorrigible à cet égard; toutes les fois que chez une femme jeune, ayant une lésion annexielle, je trouve les annexes d'un côté sains, je les laisse. Souvent une opération ultérieure devient nécessaire; malgré cela, la satisfaction qu'on éprouve, et cela m'est encore arrivé ce matin même, à trouver une femme devenue grosse après une

ablation unilatérale compense notre déconvenue des opérations itératives.

Enfin, « en rajeunissant » la théorie de la *rétention du sang* de la menstruation comme cause des accidents de ménopause anticipée, je lui donnerais raison dans sa conception de leur thérapeutique par les émissions sanguines générales. Ce traitement, M. Lucas-Championnière l'a préconisé il y a bien longtemps, mais cette saignée est le plus souvent insuffisante; je l'ai essayée méthodiquement et j'en suis certain. C'est qu'elle porte sur le sang en général et, comme telle, peut diminuer des phénomènes congestifs, mais elle n'élimine pas le poison. La muqueuse utérine laisse exsuder un sang spécial, c'est un filtre sélecteur que la saignée générale ne peut prétendre remplacer.

II. — *Le masque ecchymotique.*

M. Arrou. — Voici l'observation de « masque ecchymotique » que je vous ai promise dans la dernière séance. Elle appartient à mon collègue Fredet, qui me remplaçait à la Pitié, et a été rédigée par mon externe Moulonguet. D'ailleurs, elle figurera dans un mémoire en préparation de mes internes Durand et Gauchery.

Un employé de trente-deux ans était monté sur une carriole chargée de paquets de journaux, quand le tout chavira. Le pauvre diable fut pris sous quelques-uns des ballots, dont le poids ordinaire est de 70 kilogrammes. On le releva évanoui, et il fut transporté sans retard à la Pitié, où il arriva tout bleu. L'ecchymose occupait chez lui la face (sauf le bout du nez), le cou, où existaient quatre ou cinq stries séparées par de la peau saine et tout le thorax en avant et en arrière, jusque vers les fausses côtes. Pas de fracture des os du nez, ni des côtes, aucune plaie.

Cet homme était semi-comateux, mais n'offrait ni gêne respiratoire, ni trouble de la circulation. Il resta dans un état de relative torpeur pendant une semaine, puis se reprit progressivement et finalement guérit. Pendant ce temps-là, l'ecchymose disparaissait et, au douzième jour, on n'en trouvait trace qu'au niveau des conjonctives, celles-ci même plus rouge vif qu'à son arrivée, ce qui s'explique aisément.

Voilà donc un nouveau cas, d'allure grave par l'extension de l'extravasat sanguin, mais de marche heureuse: n'oublions pas que respiration et circulation n'offraient rien de particulier.

III. — *Sur la hanche à ressort.*

M. E. Kirmisson. — Messieurs, je vous demande la permission de vous présenter quelques considérations sur la hanche à ressort, à propos du rapport très intéressant et très documenté qui nous a été présenté dans la séance du 31 octobre dernier, par notre collègue M. Rieffel. Tout d'abord, il est bien évident qu'il ne s'agit pas d'une affection nettement définie, mais seulement d'un symptôme. Dès lors, je ne vois, pour ma part, aucun inconvénient à conserver la dénomination de hanche à ressort, qui, sans aucune prétention à viser la pathogénie, se contente de désigner le brusque déclanchement, accompagné d'un bruit particulier, qui, chez certains sujets, se produit au cours des mouvements de la hanche.

Le premier cas de hanche à ressort que j'aie rencontré, s'est présenté à moi à la consultation de l'hôpital Trousseau nouveau en 1902. Il s'agissait d'un grand jeune homme chez lequel le phénomène se produisait au niveau de la hanche droite. Quand le malade tendait fortement la cuisse, et lui imprimait un brusque mouvement de rotation en dedans, on percevait un claquement sec, en même temps qu'on constatait à l'œil et à la main un brusque ressaut du fascia lata au devant du grand trochanter. L'observation n'a malheureusement pas été rédigée.

M. Rieffel veut conserver la dénomination de hanche à ressort aux faits de la nature de celui que je viens de rappeler, caractérisés par un brusque ressaut fessier trochantérien, et il élimine la hanche à ressort intra-articulaire, dont la cause est dans une subluxation habituelle de la tête fémorale. Je ne partage pas son avis, je ne pense pas que les caractères cliniques soient assez nets pour permettre de distinguer sûrement les deux affections. La meilleure preuve, c'est ce qui s'est passé ici, lors de la présentation du malade de Maurice Perrin, les uns tenant pour un phénomène extra-articulaire, tandis que les autres en plaçaient la source dans l'intérieur de l'articulation. De même, quand notre regretté collègue et ami Nélaton nous a présenté ici son malade, j'ai constaté chez lui exactement les mêmes signes, le même brusque ressaut trochantérien que j'avait notés chez mon malade de l'hôpital Trousseau. Aussi différais-je d'avis avec Nélaton, qui voyait chez son malade un exemple de subluxation volontaire, tandis que je plaçais en dehors de l'articulation la cause des accidents. Et d'ailleurs, le doigt à ressort qui a été le point de départ de la comparaison avec l'affection actuelle, n'a-t-il pas lui-même sa cause, tantôt dans les gaines synoviales, tantôt dans l'intérieur même de l'articulation ?

Je conserverai donc la division en hanche à ressort d'origine extra ou intra-articulaire, et, puisque l'occasion s'en présente, je vous demande la permission de vous rapporter un fait de subluxation volontaire de la hanche droite, qui donnait lieu au brusque ressaut et au bruit spécial qui caractérise le phénomène de la hanche à ressort.

Il s'agit d'un jeune garçon de douze ans et demi, entré dans mon service le 2 janvier dernier, pour une paralysie infantile totale du membre inférieur droit. L'atrophie s'étend, non seulement aux muscles de la jambe et de la cuisse, mais encore à la région fessière. Le pied est dévié en talus valgus. Le membre étant dans une position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction, on note une dépression manifeste à la base du triangle de Scarpa; le grand trochanter dessine, au contraire, au côté externe de la hanche, une saillie exagérée. Si l'on place lentement le membre dans la position forcée d'inversion, on perçoit à un moment donné un brusque ressaut s'accompagnant d'un bruit caractéristique. A ce moment, la tête, abandonnant en partie la cavité cotyloïde, vient faire à la région fessière une saillie anormale. De l'inversion complète, passe-t-on à la position d'abduction, la tête suit un mouvement inverse et rentre dans la cavité, en donnant naissance au même bruit et au même ressaut caractéristique. L'atrophie musculaire est tellement prononcée, qu'il est facile, le membre étant placé dans la position forcée d'inversion, d'analyser tous les éléments qui entrent dans la constitution de l'extrémité supérieure du fémur. On sent d'abord le grand trochanter remonté de 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton; au-dessus de lui, le col, qui se continue presque en ligne droite avec la direction de la diaphyse fémorale, et, au-dessus de lui, la tête du fémur. En d'autres termes, l'angle formé par le col et la diaphyse fémorale est beaucoup plus ouvert qu'à l'état normal. Il paraît mesurer un angle de 160 degrés environ. Du reste, la radiographie permet de constater ce redressement du col, et, sur la tête elle-même, une dépression répondant au point par lequel la tête du fémur est habituellement en contact avec le sourcil cotyloïdien.

M. Rieffel m'objectera que cette observation est loin de notre sujet, puisque ici la luxation est évidente, et que le diagnostic ne saurait prêter à aucun doute. Je suis le premier à le reconnaître; j'ai voulu seulement profiter de la discussion actuelle, pour faire connaître ce fait frappant de subluxation habituelle avec le redressement du col fémoral dans un cas de paralysie infantile. Car, si les paralysies infantiles de la hanche sont fréquentes, les luxations qui leur succèdent sont au contraire excessivement rares.

Pour en revenir à la hanche à ressort d'origine extra-articulaire,

depuis le cas initial observé par moi à l'hôpital Trousseau, en 1902, j'en ai vu trois ou quatre autres. Il m'a toujours paru évident, au point de vue clinique, et la chose me semble non moins claire au point de vue anatomique, après les explications fournies par M. Rieffel, que c'était le tenseur du fascia lata, et spécialement la bandelette de Maissiat, qui produit le ressaut caractéristique pendant le mouvement de rotation en dedans imprimé à la cuisse. Je ne vois pas comment le grand fessier interviendrait pendant ce mouvement.

J'ai pris des notes sur deux des malades qui m'ont été présentées. La première est une jeune fille de treize ans et demi, que j'ai examinée le 26 décembre 1905 ; depuis le mois d'août précédent, elle ressent sans aucune cause apparente un gros craquement qui se produit à chaque pas pendant la marche, au niveau de la hanche droite, et qui peut même être enteudu à distance. Quand on met la main sur la hanche, on sent se produire sous les doigts le craquement en même temps que le tendon du fascia lata, glisse sur la partie postérieure du grand trochanter pendant les mouvements de flexion et d'extension imprimés à la cuisse. La pression un peu au-dessus et en arrière du grand trochanter est très douloureuse ; la percussion sur le grand trochanter lui-même est indolente. Les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux ; seuls, les mouvements de flexion sont un peu limités, mais le mouvement d'abduction s'exécute très complètement. Pas de claudication, pas d'attitude vicieuse du membre ; en somme, aucun signe de coxalgie. Il me paraît évident que la lésion siège dans la bourse séreuse rétrotrochantérienne; reste à en préciser la nature. Le début lent, en dehors de toute cause appréciable, doit faire craindre qu'il s'agisse ici d'une affection de nature tuberculeuse. N'ayant pas revu cette jeune fille, je ne saurais dire si mes appréhensions étaient justifiées.

Ma seconde malade est également une jeune fille de treize ans, qui m'a été présentée le 8 octobre 1910; à ce moment, le craquement qu'elle accuse dans la hanche droite date d'une année. C'est une jeune fille grande et bien développée, qui présente une légère scoliose lombaire à convexité gauche, avec excavation du flanc droit. Il s'agit ici d'une simple scoliose d'attitude, sans déformation osseuse, comme il est facile de s'en assurer en faisant incliner le tronc de la malade en avant. Il n'y a ni claudication, ni douleur dans la hanche droite, mais, de ce côté, la jeune fille perçoit un gros craquement, qu'elle peut même reproduire à volonté, en portant le membre dans l'adduction, jointe à la rotation en dedans. Dans ce mouvement, on sent la tête qui s'échappe en haut et en arrière, en glissant sur le rebord cotyloïdien. A noter un double

pied plat valgus extrêmement prononcé, surtout à droite. L'état général de cette jeune fille est excellent ; jamais de maladie antérieure. Père et mère vivants et bien portants ; quatre autres enfants en bonne santé. Il semble donc que, chez cette malade, la cause de la lésion soit dans une laxité anormale de l'articulation, permettant un certain degré de subluxation de la tête en haut et en arrière.

Je m'abstiendrai, du reste, de toute explication générale du phénomène, n'ayant aucun goût pour les théories qui ne sont pas appuyées sur des faits bien établis. Je me contenterai de dire que je ne comprends pas la dénomination de hanche à ressort congénitale, en l'absence de toute disposition d'origine congénitale à laquelle on puisse rattacher ce symptôme. Mieux vaudrait dire « hanche à ressort spontanée », par opposition aux cas dans lesquels on a cru devoir faire intervenir le traumatisme et qu'on a décrits sous le nom de hanche à ressort traumatique. Du reste, je dois dire que, comme M. Rieffel, je ne trouve nullement démonstratives les observations sur lesquelles on a voulu s'appuyer pour admettre l'influence du traumatisme. En résumé, si, depuis le mémoire de Ferraton qui a eu le mérite de rappeler l'attention sur cette question, les faits cliniques sont bien connus, en revanche, la pathogénie de la lésion est entourée encore, à l'heure actuelle, de la plus grande obscurité.

M. Mauclaire. — Je crois qu'il y a deux variétés de hanche à ressort, l'une articulaire, l'autre périarticulaire. J'ai observé un cas de chacune de ces deux variétés. Dans l'un, observé il y a vingt-trois ans, quand j'étais interne à l'hôpital Lariboisière, il y avait eu un gros traumatisme de la hanche, peut-être une fracture du sourcil cotyloïdien. Le malade, en remontant brusquement son membre inférieur, provoquait un déclanchement assez brusque, d'où un bruit assez net. Si je voulais remonter tout le membre brusquement, je reproduisais le bruit.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une hanche à ressort périarticulaire.

C'était une jeune fille de quinze ans, très névropathe. Sans traumatisme antérieur, brusquement elle s'aperçut un jour qu'elle produisait facilement un bruit dans sa hanche ; cela l'intéressa. Il y avait, disait-elle, un peu de douleur pendant l'apparition de ce bruit. Peu à peu, elle s'habitua à reproduire ce bruit comme un véritable *tic*.

Quand je l'ai observée, j'ai constaté que ce bruit se produisait dans deux conditions. Tantôt elle mettait son membre inférieur en flexion et en rotation interne, et, pendant ce mouvement, le

bruit se produisait. Tantôt la malade se mettait sur le côté opposé, côté gauche, le membre inférieur et le bassin étaient immobiles et le bruit se produisait alors par une contracture musculaire. Pendant que ce bruit était entendu, un corps fusiforme passait devant le grand trochanter, qui paraissait être le muscle fascia lata, et non pas une simple bandelette fibreuse. Il m'a bien semblé que la malade contractait son muscle d'une façon isolée, ce qui est assez spécial chez ces névropathes tiqueurs, comme le fait remarquer Heully dans son article dans la *Revue de Chirurgie.*

Chez cette malade, le muscle grand fessier n'était pas contracté pendant la production du bruit. Je ne crois pas qu'il était la cause du bruit, soit par sa contraction elle-même, soit en mobilisant la bandelette du fascia lata. Je pense que le fascia lata était lui-même la cause du bruit, soit par la contraction du muscle lui-même, soit en tirant sur la bandelette de Maissiat, en la faisant passer devant le grand trochanter.

Chez cette malade, j'ai d'abord essayé de faire une injection de teinture d'iode sous le muscle fascia lata. Du fait du repos, le bruit ne se produisait plus, mais au bout de huit jours le bruit est reparu. J'ai pensé que, chez cette malade, la section du nerf principal se rendant au muscle fascia lata pourrait faire disparaître le bruit. Mais la malade et sa famille ont refusé cette opération.

M. Broca. — Je ne saurais assez approuver la conception générale que, dans son rapport, Rieffel nous a donnée sur la hanche à ressort. La seule petite critique que je lui adresserai est relative à son idée qu'il faut, par un nom, établir une distinction entre la hanche à ressort et les autres articulations à ressort, doigt, genou, où le ressaut est articulaire, tandis qu'ici il est extra-articulaire. Dans tous les cas, en effet, il s'agit d'un phénomène purement musculaire, d'une manière dont, par éducation, un sujet normalement conformé fait fonctionner ses muscles. C'est pour cela que, avec Rieffel, et malgré Mouchet, malgré Kirmisson, je voudrais que de cela fût nettement distingué tout ressaut dû à une altération articulaire. M. Kirmisson nous dit que l'on doit conserver ces deux catégories, parce qu'on ne peut pas toujours dire si le ressaut est intra ou extra-articulaire. A mon sens, la distinction s'établit presque toujours assez bien, parce que le ressaut par action musculaire n'existe que dans les mouvements volontaires, tandis que les claquements intra-articulaires, qu'il s'agisse d'une subluxation ou d'autre chose, se produisent aussi bien dans les mouvements communiqués. Il en était ainsi chez un adolescent, atteint en même temps de coxa vara, que Mouchet a observé

dans mon service et dont mon élève Poiffaut a publié l'histoire.

Donc, je ne crois pas qu'il soit de bonne nomenclature de réunir sous une même dénomination, purement symptomatique, des faits tout à fait différents en pathologie. Pas plus qu'au genou, je n'ai tendance à appeler « genou à ressort » les brusques déclanchement dus à une subluxation congénitale de la rotule, à une subluxation d'un ménisque ou même à une exostose ostéogénique sous la patte d'oie, quoique dans ce dernier cas le ressaut soit musculaire et fort analogue à celui de la bande de Maissiat sur le grand trochanter.

Cela dit, la seule vraie « hanche à ressort » étant, à mon sens, l'extra-articulaire, je la crois due au ressaut de la bandelette de Maissiat sur le grand trochanter, et je ne saurais assez approuver Rieffel d'avoir rappelé que, malgré leur apparence de nouveauté, les travaux modernes n'ont rien ajouté aux descriptions anatomiques et physiologiques de Maissiat et de Farabeuf. Il est extraordinaire que l'on ose écrire sur le sujet sans avoir lu ces auteurs. Je suis tout à fait d'accord avec Rieffel pour penser qu'il n'y a ici aucune lésion anatomique. Tout sujet qui se hanche avec quelque brusquerie produit un phénomène analogue; quelques-uns s'éduquent et apprennent à l'exagérer, soit par plaisir artistique, soit par intérêt de « carottier », qu'il s'agisse d'étudiant en médecine en quête de réforme ou d'ouvrier en quête de pension. Je ne crois pas du tout à la hanche à ressort périarticulaire traumatique, mais à quelque chose que l'on cultive à l'occasion d'un trauma.

M. Ferraton. — A la discussion ouverte sur la hanche à ressort j'apporterai, comme contribution, deux observations.

La première m'a été communiquée par M. le médecin inspecteur Martin.

Obs. I. — A..., soldat au 13e bataillon d'artillerie, entre à l'hôpital de Nice, le 5 février 1904, avec le diagnostic « synovite de la bourse séreuse prétrochantérienne gauche ». Il a, quelque temps auparavant, fait une chute sur la face externe de la cuisse; depuis, la région du trochanter serait restée sensible et le sujet y aurait perçu des craquements douloureux se produisant à l'occasion de brusques mouvements.

A l'examen, il existe au niveau du grand trochanter une certaine tuméfaction; les mouvements passifs de flexion et d'extension de la cuisse provoquent à ce niveau un frottement rugueux; ces frottements sont aussi reproduits volontairement par le sujet. La vue et le toucher démontrent qu'ils coïncident avec le déplacement sur le grand trochanter d'une bride fibreuse ou fibro-musculaire correspondant au bord antéro-supérieur du grand fessier et à l'aponévrose qui lui fait suite.

La bourse prétrochantérienne paraissant malade, l'on intervient de son côté; sous anesthésie cocaïnique, une incision de 7 à 8 centimètres

est pratiquée, parallèle au grand axe du trochanter; on découvre une bourse séreuse à paroi épaisse, tapissée de brides fibreuses, contenant une petite quantité de liquide séro-sanguin. Rien à noter du côté de l'apophyse osseuse. Les tissus malades sont excisés et la plaie se réunit par première intention. Le malade, semblant amélioré, part en congé de convalescence. Le 5 avril 1904, il rentre à l'hôpital, présentant le même trouble fonctionnel dont il se plaignait avant l'opération. Sur le grand trochanter, à l'occasion des mêmes mouvements, s'observent les mêmes frottements dus au passage sur l'apophyse de la sangle fibro-musculaire sus-indiquée. Le malade se plaint de douleurs vives. On décide une seconde intervention dirigée cette fois contre la sangle. L'opération est acceptée par le malade : anesthésie chloroformique. Incision verticale le long du grand trochanter : mise à nu du bord antérieur du grand fessier recouvert de son aponévrose. On excise largement tout le tissu fibreux et musculaire, dont le déplacement sur le grand trochanter s'accompagne de frottement. Il fallut tailler en plein muscle pour supprimer complètement ces frottements pendant les mouvements forcés de flexion et d'extension. Réunion par première intention. — Le malade quitte l'hôpital, cette fois complètement guéri. On le revoit à plusieurs reprises; plus de ressaut trochantérien. Le sujet, possédant un certificat d'origine de blessure rapportant la lésion à un fait de service, avait intérêt à se plaindre de sa hanche; il avait aussi déclaré qu'il ne ferait aucun service et réclamerait une pension s'il ne guérissait de façon parfaite. Or, après la seconde intervention, il n'allégua plus aucune gêne ni douleur et fit son service complet jusqu'à libération.

La deuxième observation nous est personnelle. C'est celle du malade dont parle notre regretté collègue Ch. Nélaton, dans son travail sur le traitement d'un déclanchement coxo-fémoral par une péxie trochantérienne. Nous avions eu l'occasion de le lui montrer et il avait immédiatement reconnu qu'il n'y avait point de similitude réelle entre notre sujet et le malade opéré par lui.

Obs. II. — G..., vingt et un ans, menuisier, ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires et personnels. L'affection dont il se plaint aurait débuté à l'âge de seize ans; il l'attribue à l'effort effectué pour soulever une lourde charge, le membre inférieur étant, dit-il, mal placé. Il y perçoit alors un tiraillement. Il continue cependant son travail, mais, les jours suivants, pendant la marche, il ressent à la hanche une douleur irradiant jusqu'au genou. Trois jours après, il cesse tout travail, se repose simplement pendant deux à trois jours. Il ne ressent plus alors rien de bien spécial, allègue cependant une légère douleur à la hanche quand il soulève un fardeau; il ne peut marcher plus de 4 kilomètres, est alors obligé de s'arrêter. — Un an après, soulevant des pièces de bois au-dessus de sa tête, il perçoit dans la hanche un ressaut non douloureux. Depuis, ce ressaut se produit deux à trois fois par semaine. Quatre ans après, le 7 octobre 1907, il est incorporé

au 11e régiment d'artillerie. Au bout de quinze jours de service il se plaint d'une hernie inguinale droite, est opéré, obtient une convalescence d'un mois. Au retour, il fait son service pendant trois semaines, se plaint d'une petite pointe de hernie gauche. On lui délivre un bandage. Huit jours après, il se présente à la visite, disant éprouver des douleurs pendant la marche, ne pouvant exécuter de pas gymnastique. Il est envoyé à l'hôpital le 20 février avec le diagnostic de hanche à ressort. Il y arrive en se traînant péniblement. Il est mis au repos au lit.

A l'examen, le sujet allègue à la hanche gauche, de nuit et de jour, des sensations de tiraillement qui le réveilleraient à plusieurs reprises ; il montre comme siège de ces tiraillements la face externe de la cuisse et le genou. Le matin, la jambe est engourdie ; porte-t-il un fardeau, il se sent plus faible du côté gauche. La douleur pendant la marche serait continuelle, se renouvelant à chaque pas, toujours identique, comparable à un tiraillement allant de la hanche au genou. Le membre est-il fatigué, un ressaut se produit dans la fesse tous les dix pas environ. Depuis deux mois, époque où on lui fit faire des pas gymnastiques, il boite, et cette boiterie ne s'est pas améliorée par le repos au lit. Notons que ces explications semblent vagues et embarrassées. — On fait alors les constatations suivantes : le malade est couché sur le dos : alors l'épine iliaque A. S. droite est abaissée, le bassin incliné à droite. Le membre gauche semble raccourci, mais ce raccourcissement n'est qu'apparent. Point d'atrophie musculaire. On note à gauche une saillie plus apparente du grand trochanter; le sillon vertical rétro-trochantérien est plus marqué.

Le malade est couché sur le ventre : la fesse gauche semble plus arrondie. — Le malade est mis en station debout : même inclinaison du bassin à droite. — La palpation ne révèle rien sur le squelette. Le trochanter est à sa place normale. Point de déformation appréciable sur cette apophyse. La pression locale, les mouvements imprimés à la hanche ne réveillent point de douleurs. Mobilisant l'article coxo-fémoral, on voit que la jointure jouit de tous ses mouvements; cette mobilisation ne provoque point de ressaut. — Le malade marche : il affecte une boiterie accentuée avec hanchement à droite et appui plus prolongé à gauche. Non prévenu qu'on l'examine, il déambule assez longuement sans produire de ressaut.

Comment se produit le ressaut trochantérien? Le sujet étant placé debout, en rectitude, talons joints, genoux étendus, ne peut le produire. Prié de le provoquer, G..., talons joints ou séparés, fléchit le genou droit, abaisse l'épine iliaque droite; en somme, incline fortement le bassin, la hanche du côté opposé à la fesse en ressaut. En arrière, je constate une attitude scoliotique à convexité lombaire droite.

Au moment du ressaut, le membre inférieur gauche (côté malade) ne bouge point, reste vertical, rectiligne. A un examen superficiel à la vue, le grand trochanter semble se déplacer brusquement en arrière sous l'action du grand fessier qui se contracte. Ce n'est là qu'une apparence : le trochanter pris dans la main ne bouge point, pas plus que le pied et le genou. L'on voit nettement se contracter tout le

groupe des fessiers, et en même temps le triceps fémoral ; mais dans le deltoïde fessier, ce sont les parties correspondant au moyen et au petit fessiers qui semblent se contracter au maximum. Notablement en avant du bord du grand fessier, surtout nette près du bord antérieur du grand trochanter, se perçoit à la vue et au toucher comme une corde large et épaisse à direction presque verticale, allant du trochanter vers la crête iliaque. — A l'analyse, on constate que la fesse atteinte présente deux physionomies successives. Dans un premier stade, les muscles semblent au repos ; l'attitude peut être ainsi maintenue sans fatigue ; à ce moment, la saillie trochantérienne paraît normale ; derrière l'apophyse se remarque la dépression verticale rétro-trochantérienne. Dans un deuxième stade, le deltoïde fessier se contracte. Une boule musculaire remplit et gonfle la dépression rétro-trochantérienne, ce qui donne la fausse apparence d'un déplacement brusque du trochanter en arrière. La sangle musculo-aponévrotique correspondant au moyen fessier saute brusquement d'arrière en avant sur le bord postérieur du trochanter comme sur une arête. (Ressaut d'aller.) Puis les muscles reviennent au repos ; alors la sangle musculo-aponévrotique semble glisser d'avant en arrière sur le trochanter et produit sur le bord postérieur un second ressaut, mais beaucoup moins net que le premier. (Ressaut de retour.) Notons, enfin, qu'un petit ressaut sur bord antérieur du trochanter se montre concomitant au ressaut sur bord postérieur, mais infiniment moins prononcé que ce dernier. — Le ressaut trochantérien est visible, sensible au palper, mais ne produit point de bruit perceptible à l'oreille. — On diagnostique une hanche à ressort. Une opération est jugée inutile. Pour permettre au sujet, manifestement exagérateur, une retraite honorable, on lui prescrit des bains sulfureux ; on le persuade surtout que son ressaut fessier est phénomène connu et compatible avec le service. G... bientôt ne boite plus et reprend son service sans plus revenir à l'hôpital.

On a critiqué la dénomination « hanche à ressort », quand je publiai, sous ce titre, l'observation de la *Revue d'Orthopédie* ; je donnais au mot hanche la signification, non d'articulation coxo-fémorale, mais celle, plus compréhensive, adoptée en anatomie topographique, de région de la hanche, comprenant squelette et parties molles. Le nom faisait image, plus facile à retenir que celui de ressaut trochantérien. L'important, en somme, n'est-il pas de s'entendre sur ce qu'il veut dire, et de ne point attribuer ce titre à des phénomènes articulaires, tels que subluxations coxo-fémorales, qui doivent être absolument mis à part ? Si, cependant, l'on jugeait que l'appellation « hanche à ressort » prête à l'équivoque, l'on pourrait, je pense, la modifier en partie, la remplaçant par le vocable « fesse à ressort » qui, plus gaulois peut-être, serait aussi plus précis.

Je n'insisterai pas sur les caractéristiques du ressaut actuellement bien connues. Notons seulement que la deuxième observa-

tion ci-jointe montre que le complexus symptomatique peut être incomplet et le ressaut s'exécuter sans bruit, sans cloc perceptible à l'oreille. Par contre, dans cette même observation, l'on voit une saillie de contraction du grand fessier combler la gouttière rétro-trochantérienne, bomber à ce niveau et simuler à s'y méprendre un déplacement brusque de l'apophyse en arrière, le fémur restant immobile en réalité. Chez ce malade, l'on note bien que le ressaut principal se fait sur le bord postérieur du trochanter une première fois, très fort, d'arrière en avant, lorsque les mêmes muscles reviennent au repos. Mais il existe aussi un petit ressaut concomitant, se produisant sur le bord antérieur de l'apophyse. Le phénomène, chez ce même sujet, ne se manifeste pas, au moins de façon constante, pendant la marche. Le chirurgien ne peut le reproduire par des mouvements imprimés à la cuisse.

Quelle est cette large corde qui saute sur le trochanter ? Nous admettons volontiers que dans la grande majorité des cas il s'agit bien de la bandelette de Maissiat doublée des fibres du moyen fessier. Le fait nous parut net dans notre deuxième observation. Chez C..., la bande sautait à la fois sur les deux bords du trochanter et la ligne la plus saillante, à la vue, de ce ruban vertical correspondait au bord antérieur de l'apophyse. Il semble donc que ce ne soit pas toujours le faisceau postérieur post-trochantérien de la bande de Maissiat qui soit, à l'œil, le plus nettement perceptible au moment du ressaut. Dans d'autres cas, la bande sursautante se reporte tout à fait en arrière, tangente au bord antérieur du grand fessier.

C'est ce que nous avions cru constater pour le sujet de l'observation de la *Revue d'Orthopédie*.

En somme, il semble que des portions fibro-musculaires du deltoïde fessier, voisines mais différentes suivant les sujets, puissent entrer en jeu dans la production du phénomène. L'action accessoire du grand fessier paraissait nette dans notre deuxième observation ; quant au rôle de la bourse séreuse trochantérienne, il avait été d'abord pris en considération dans la première observation ; l'intervention montra qu'en réalité cette bourse devait être mise hors de cause.

La pathogénie, question la plus discutée, reste obscure. Guermonprez a dit avec raison que pour qu'il y ait ressaut il faut une corde élastique qui saute, un cap sur lequel elle saute. Certaines attitudes semblent nécessaires pour tendre la corde. D'ordinaire, le sujet mobilise sa cuisse ; chez notre second malade fémur et bassin restent immobiles et le ressaut se produit par simple contraction musculaire du fessier, après banchement préalable du côté sain.

On a divisé les hanches à ressort en hanches à ressort spontanées et hanches traumatiques. Les malades que nous avons personnellement observés, bien qu'alléguant de vagues traumas, nous ont paru rentrer dans la première catégorie, et il est certain que nombre de cas présentés comme traumatiques sont suspects, le blessé ayant tout intérêt à rapporter le ressaut à un accident. L'observation de M. le médecin inspecteur Martin nous paraît à ce point de vue specialement intéressante, puisque nous y voyons un homme ayant été, sans doute possible, atteint de contusion de la hanche, muni d'une pièce engageant la responsabilité de l'Etat, se plaindre de douleurs vives empêchant la marche, subir sans succès une première opération dirigée contre une bourse séreuse, accepter encore une seconde opération et se déclarer guéri lorsqu'a été réséquée la bande du ressaut. Il semble difficile ici de mettre en doute la bonne foi du sujet.

Nous pensons donc que s'il est des douleurs simulées, ou tout au moins exagérées, par les porteurs de hanche à ressort, il en est aussi de réelles et assez fortes pour entraver la marche. La douleur est-elle simulée, connaissant la hanche à ressort, nous dépisterons le militaire qui, de mauvaise foi, vise réforme ou retraite; l'ouvrier qui, à la suite d'un accident de travail, sans raison, réclame une indemnité. Nous pourrons rassurer aussi le névropathe qui s'hypnotise, sur son ressaut; mais toute intervention chirurgicale sera contre-indiquée.

Se trouverait-on, au contraire, en présence d'une hanche à ressort nettement consécutive à un trauma; le blessé nous semble-t-il accuser de bonne foi de réelles douleurs; l'intervention deviendra rationnelle. Aux pexies, nous jugeons préférable la section simple de la corde fibro-musculaire, peut-être son allongement par des incisions étagées en accordéon, ou, s'il est nécessaire, la résection d'une surface plus ou moins étendue de la bandelette du ressaut, résection exécutée avec succès dans l'observation I. On pourrait craindre que de telles sections ou résections n'affaiblissent le fascia lata en ses attaches supérieures et nuisent ainsi à la force du membre; l'expérience a prouvé que tel fâcheux résultat n'était pas à craindre.

Présentations de malades.

Ankylose vicieuse du genou, en antéflexion, consécutive à une résection pratiquée dans l'enfance. Correction de la difformité par excision d'un fragment osseux cunéiforme et greffe immédiate du même fragment replacé en sens inverse.

M. H. Morestin. — Si les résections du genou pratiquées dans l'enfance donnent facilement des succès immédiats, les arrêts du développement et les attitudes vicieuses qui en sont la conséquence rendent leurs résultats éloignés trop souvent détestables. Permettez-moi de vous présenter un exemple des plus frappants de ces suites fâcheuses.

Pour corriger la difformité qui était énorme et entraînait l'impotence complète, j'ai eu recours à un procédé qui me paraît assez intéressant et nouveau, car il m'a permis, sans rien sacrifier du squelette, de ramener le membre dans la rectitude.

La malade, Reine V..., est actuellement âgée de vingt ans. Elle a été opérée à l'âge de six ans par notre regretté collègue Félizet, qui, vous le savez, était resté très interventionniste dans les tumeurs blanches de l'enfance. Il s'agissait sans aucun doute d'un cas particulièrement mauvais et grave, comme en témoignent les cicatrices larges et irrégulières qui occupent toute la région. Les lésions évoluaient depuis longtemps déjà au moment de l'intervention, la maladie ayant débuté dans la première enfance. Quoi qu'il en soit, une fois opérée, Reine V... guérit assez rapidement et put sortir du service de Félizet marchant très bien sans appareil.

L'enfant grandissant, la jambe prit peu à peu une attitude singulière, formant avec la cuisse un angle ouvert en avant. A l'âge de dix ans, l'inflexion était déjà tellement accusée, qu'un chirurgien fut consulté et proposa de pratiquer une résection orthopédique, ce que les parents refusèrent. La difformité s'accusa de plus en plus, et, quand la malade entra à l'hôpital Tenon, le 13 avril dernier, depuis longtemps elle ne pouvait plus tirer aucun parti du membre inférieur droit. Il était, en effet, devenu complètement impropre à la marche. La jambe était en antéflexion sur la cuisse, formant avec elle un angle obtus de 130 à 135 degrés. Elle était en outre légèrement infléchie en dedans et aussi quelque peu tordue sur son axe de dehors en dedans (fig. 1). Quand la cuisse reposait à plat sur le lit, le talon se trouvait élevé de 18 centimètres.

L'inégalité des deux membres était considérable. En tenant compte de la coudure angulaire, on pouvait admettre qu'il y avait entre eux une différence réelle de longueur d'au moins 15 centimètres. La cuisse était bien moins volumineuse que celle du côté sain, la jambe plus grêle, le pied plus petit ; en somme, l'arrêt de dé-



Figure 1.

veloppement portait sur tous les segments du membre atteint.

La dépression angulaire formée en avant par la réunion de la cuisse et de la jambe était occupée par de vastes cicatrices, irrégulières et minces qui, au fond même de l'angle, adhéraient solidement au squelette. La rotule avait disparu; le fémur et le tibia étaient solidement et entièrement fusionnés.

La radiographie montrait avec une extrême netteté l'union

intime des deux os et aussi la coudure angulaire formée à l'endroit de leur jonction (fig. 2).

Renonçant à poser son pied sur le sol, la malade avait pris l'habitude de placer la jambe droite au devant et en travers de la jambe saine.

Quoique pâle et assez délicate, cette jeune fille n'offrait par



Figure 2.

ailleurs aucune lésion ; la tumeur blanche du genou dont elle avait souffert autrefois était restée une manifestation isolée de la tuberculose. Rien ne s'opposait à l'opération orthopédique qu'exigeait l'attitude déplorable du membre inférieur droit.

Mais comment redresser la jambe sans sacrifier encore une certaine longueur du squelette déjà trop court ? On pouvait juger, d'après la radiographie, qu'un parfait redressement exigerait la résection d'un coin ou d'un trapèze offrant une assez large base

postérieure. Le bénéfice de l'opération serait d'autant réduit. Justement préoccupé de garder à la malade la totalité de son squelette, j'ai eu recours à l'artifice que voici : après avoir, le 22 avril, abordé la région par sa partie antérieure, péniblement détaché les cicatrices adhérentes, libéré les téguments, fixé çà et là par d'épais



Figure 3.

tractus fibreux répondant à d'anciens trajets fistuleux, conservant avec soin d'ailleurs tout ce revêtement de mauvaise qualité, faute de pouvoir m'en procurer un autre, et mis à nu le squelette, je sectionnai transversalement l'os fémoro-tibial perpendiculairement à l'axe du fémur, puis je pratiquai plus bas une autre section légèrement oblique d'avant en arrière et de haut en bas, de façon à tailler un coin osseux à base postérieure et à donner à ce coin à peu près la moitié de la hauteur qu'il eût fallut lui donner pour

obtenir un redressement complet et facile. Ce coin fut séparé de toutes les parties environnantes. Quand il fut entièrement détaché, je le retournai et l'intercalai de nouveau entre les deux os, plaçant

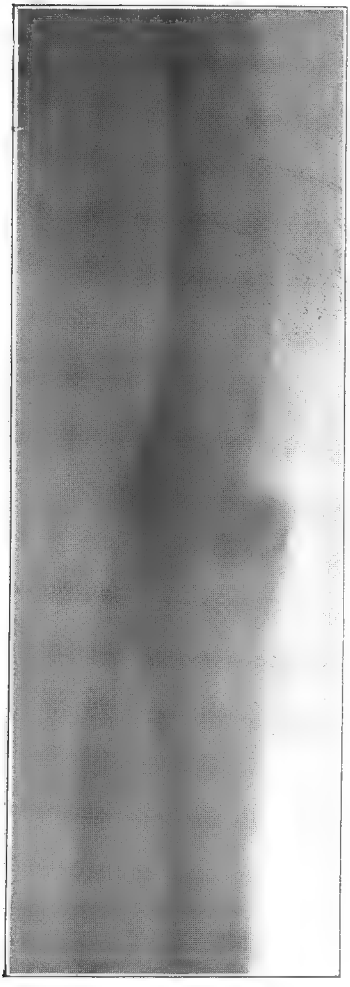


Figure 4.



Figure 5.

donc sa base en avant et son bord mince en arrière. Il s'adaptait fort bien à la brèche, qu'il emplissait exactement, et n'avait aucune tendance à se déplacer. Du même coup, le membre s'était placé dans la rectitude la plus parfaite. La plus grande difficulté fut de refermer la plaie, exagérée par le redressement de la jambe, n'ayant à ma disposition que de pauvres tissus, des cicatrices

minces, des téguments sans souplesse. J'y parvins toutefois, en décollant la peau assez loin du côté de la cuisse. Je plaçai le membre opéré sur une attelle de Bœckel; de petites attelles antérieures et latérales assuraient encore sa fixité.

Les suites furent bonnes, et j'obtins en peu de jours la réunion totale de la plaie.

Le fragment osseux intercalaire fut parfaitement toléré.

La période post-opératoire terminée, j'installai le membre dans un grand appareil plâtré, l'englobant tout entier, depuis le pied jusqu'au bassin inclus. Quand je l'en retirai au bout de deux mois, la mobilité persistait encore, et, un mois après, il n'y avait pas encore de changement appréciable. Mais, à mon retour des vacances, je trouvai la malade marchant sur son membre consolidé. Je ne suis pas certain que quelques obscurs mouvements ne persistent encore, mais ce qui est tout à fait sûr, c'est que la jambe est rigoureusement dans l'axe de la cuisse, que le genou est sec, solide, indolent; que sur ce membre rectiligne la malade peut s'appuyer sans hésitation et sans crainte, et s'appuie en effet, car elle marche toute la journée, monte et descend les escaliers. Elle boite assurément, malgré un soulier à semelle surélevée, car il y a entre les deux membres une différence de longueur de quinze centimètres, mais enfin elle marche, elle marche sans souffrance ni fatigue. Elle n'a besoin ni de canne, ni d'appui quelconque, et, en particulier, d'aucun soutien au niveau du genou. Sur la photographie, on la voit se tenant seulement sur le pied du côté opéré (fig. 3).

La radiographie montre le coin osseux plus opaque que les deux os entre lesquels il est intercalé; elle montre aussi un espace clair persistant entre cette pièce et le fémur (fig. 4 et 5). Quel sera l'avenir de cette auto-greffe? Va-t-elle continuer à vivre comme une pièce squelettique distincte? va-t-elle se fusionner à la longue avec le tibia et le fémur, ou se résorber? Je n'en sais rien; il est possible qu'elle disparaisse tôt ou tard et que son rôle principal soit de servir de tuteur aux proliférations des os voisins, qui finiront par la remplacer. Mais en tout cas j'ai bon espoir que le beau résultat orthopédique que nous avons obtenu restera acquis, définitif.

Cette observation est donc tout d'abord un exemple, ajouté à tant d'autres, de déviation considérable et entraînant l'impotence à la suite de la résection du genou chez le jeune enfant, et cela, quoique de tels faits soient aujourd'hui bien connus, est déjà instructif. Mais, de plus, elle mérite quelque attention à cause du procédé employé, qui a permis d'obtenir la correction aussi complète que possible de l'attitude vicieuse sans perdre 1 millimètre

de la longueur de l'os. L'économie du squelette dans les résections orthopédiques pour les difformités d'origine articulaire constituées dans l'enfance est, en effet, un point de la plus grande importance.

Enfin, au moment où l'on s'attache de toutes parts à l'étude de la passionnante question des greffes, il m'a paru utile de relater ce cas d'auto-greffe immédiate et *in situ*.

Arthrite suppurée sterno-claviculaire. Fusées sous-pectorale, cervicale et rétro-sternale. Résection de la moitié interne de la clavicule, des deux premiers cartilages costaux et du manubrium du sternum.

M. H. Morestin. — Ce cas est un exemple des complications redoutables auxquelles peut donner lieu une arthrite suppurée sterno-claviculaire et des difficultés que l'on éprouve parfois à s'en rendre maître.

M..., âgé de quarante-deux ans, est entré dans mon service le 9 février dernier, avec une rétention d'urine complète, d'origine urétro-prostatique.

Quand je le vis, le malade avait été déjà l'objet de tentatives de cathétérisme répétées et demeurées inutiles, l'urètre enflammé, contus et saignant était infranchissable, et l'on dut pendant vingt-quatre heures recourir à la ponction de la vessie. A grand'peine le lendemain je pus introduire une bougie filiforme, et le surlendemain une petite sonde. Au troisième jour le malade put uriner spontanément, mais ses urines étaient chargées de pus.

Elles se clarifièrent peu à peu par l'usage de l'urotropine. Mais déjà le jour de son entrée le malade présentait de la fièvre, oscillant de 38 à 39, du subictère, de l'adynamie, des signes d'infection générale très prononcée, pourtant sans aucun frisson.

Au cinquième jour, apparut une tuméfaction au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, s'accompagnant de coloration rouge des téguments et d'une douleur à la pression, d'ailleurs très modérée.

La rougeur et l'empâtement s'étendirent rapidement et bientôt je ne pus garder aucun doute sur l'existence d'un abcès profond soulevant la partie supérieure du grand pectoral.

Ayant fait ces constatations, le 20 février, je décidai aussitôt d'intervenir.

J'incisai d'abord au-dessous de la clavicule, et évacuai une grosse collection qui descendait entre la paroi thoracique et le grand pectoral jusqu'à la troisième côte.

Une nouvelle ouverture pratiquée au devant de la clavicule, me conduisit dans la loge articulaire qui était pleine de pus, et me permit en outre d'évacuer un abcès profond du cou, un abcès même très profond remontant derrière le plan des muscles sous-hyoïdiens. Enfin je pus constater encore l'existence d'une fusée rétro-sternale. Il y avait beaucoup de pus accumulé dans le médiastin antérieur. A chaque mouvement expiratoire je voyais, pendant un long moment, le pus refluer au-dessus du manubrium. Après une évacuation aussi complète que possible, je plaçai des drains dans les trois foyers.

Peut-être aurais-je cédé à la tentation d'assurer un drainage meilleur en réséquant d'emblée l'articulation. Mais l'état du sujet qui était très alarmant (subictère, langue sèche, adynamie) me commandait de prolonger le moins possible l'acte opératoire.

Je me bornai donc à l'indispensable, remettant à plus tard, s'il y avait lieu de faire davantage.

Cette opération amena une détente dans l'état général et des changements très heureux. Mais deux jours après, apparut sur la face dorsale du pied droit une rougeur diffuse accompagnée de gonflement dont le maximum répondait à la partie moyenne du métatarse. En trois jours, la fluctuation devint manifeste; l'incision de cet abcès, qui contenait du pus jaune-verdâtre bien lié, montra qu'il était développé dans le tissu cellulaire sous-cutané et qu'il était indépendant de toute lésion osseuse ou articulaire. Cet abcès métastatique fut la dernière manifestation de l'infection générale.

Le malade se remonta lentement, insensiblement. Les orifices de drainage donnaient issue à une suppuration toujours moins abondante, mais ne se fermaient pas.

La 20 mars, M... nous quitte pour aller passer quelque temps à l'asile de Vincennes. Quand il revint au bout d'un mois, la situation n'avait pas changé au point de vue local, mais l'état général un peu meilleur nous autorisait à entreprendre l'opération importante qui seule pouvait procurer la terminaison des accidents.

Il y avait un empâtement diffus de toute la région, couvrant la moitié interne de la clavicule droite et le manubrium du sternum. Les deux orifices de drainage, l'un à la hauteur du 2[e] cartilage costal, l'autre au-dessus du sternum et de l'extrémité de la clavicule, donnaient constamment du pus. Le foyer cervical était comblé, le foyer sous-pectoral était réduit à un trajet, mais derrière le manubrium persistait un clapier intarissable.

Le 26 avril, je pratiquai une grande incision angulaire, dont une des branches, horizontale, répondait à la clavicule, l'autre verticale au bord gauche du sternum. Je réséquai la moitié

interne de la clavicule, mis à nu le sternum, ce qui fut difficile à cause de l'épaisseur et de la résistance des tissus scléreux, sectionnai les deux premiers cartilages costaux à droite et à gauche, et réséquai tout le manubrium, la cavité suppurante descendant jusqu'à l'union de la première avec la deuxième pièce du sternum.

Je dus réséquer en totalité les deux premiers cartilages costaux du côté droit, qui étaient dénudés et baignaient dans le pus. L'opération fut, je dois le dire, lente et malaisée. Je nettoyai de mon mieux le foyer médiastinal et le tamponnai de gaze iodoformée. Je ramenai, par-dessus, la peau flottante, me bornant à la réunion partielle de la plaie.

La guérison fut obtenue avec une grande lenteur, bien que la réparation se soit effectuée très régulièrement, et qu'il n'y ait plus jamais eu matière à se tourmenter. C'est depuis les premiers jours d'octobre seulement que la cicatrisation est entièrement terminée.

Je pense que la guérison eût été peut-être plus prompte si la résection avait été faite de bonne heure, et que cette résection pratiquée plus tôt, aurait pu être moins étendue. Il faut bien dire cependant que chez notre malade les complications ont été tellement précoces qu'elles existaient déjà, qu'elles étaient même fort étendues, avant même qu'une tentative opératoire quelconque parût justifiée.

C'est, en effet, un cas d'arthrite infectieuse suppurée à évolution très rapide. L'origine de l'infection est sans aucun doute l'urètre enflammé et traumatisé. Bien que la nature blennorragique de l'inflammation urétro-prostatique soit très probable, elle n'a pas été démontrée par l'examen microbien. De même, dans le pus des abcès on n'a trouvé que des microbes vulgaires, streptocoques et staphylocoques.

Actuellement, le malade jouit de tous les mouvements du membre supérieur dans leur amplitude normale.

Une dépression assez accusée s'observe à la place occupée jadis par le manubrium et les premiers cartilages costaux. Il s'est formé là un plan profond assez résistant, et comme cartonneux. A droite de la ligne médiane il est cependant plus mince, et tellement dans un certain endroit, que l'on voit et que l'on sent aisément des pulsations artérielles qui répondent exactement au trajet du tronc artériel brachio-céphalique.

Gros cal claviculaire simulant une tumeur. Résection totale de la clavicule.

M. H. Morestin. — Le 1er octobre, je trouvai dans mon service, à Tenon, salle Lisfranc n° 13, Camille C..., âgé de trente-huit ans, chez lequel, quatre jours auparavant, à la suite d'un traumatisme paraissant insignifiant, d'une chute très légère, étaient survenus un notable gonflement et de larges ecchymoses des régions péri-claviculaires. Dès le premier examen, on put constater une très légère crépitation à la partie moyenne de la clavicule, mais aussi la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, qui semblait englober l'os et remplissait le creux sus-claviculaire.

Le blessé n'éprouvait d'ailleurs aucune souffrance, exécutait sans gêne apparente la plupart des mouvements, et déclarait de la façon la plus expresse qu'il n'avait eu antérieurement aucun accident et que jamais son attention n'avait été attirée de ce côté. Cependant la tumeur que l'on sentait, ferme, ovoïde, volumineuse, circonscrite, existait bien certainement avant le traumatisme qui avait conduit le malade à l'hôpital. La clavicule était légèrement plus courte que celle du côté sain, un centimètre, et, comme je l'ai dit, on sentait une légère crépitation dont le siège semblait répondre au centre de la tumeur. On pensa immédiatement, ou on devait penser à une fracture pathologique, préparée par un sarcome de l'os.

Ce diagnostic parut plus évident encore quand, l'hématome se dissipant, la tumeur apparut plus nettement encore. La radiographie parut devoir nous être de quelque secours. Les épreuves qui nous furent remises semblèrent légitimer nos suppositions, en montrant les deux extrémités osseuses englobées dans une masse non opaque, ne laissant qu'une image imprécise. Un traitement spécifique essayé pour écarter le soupçon de syphilis n'amena aucune modification. Plusieurs de nos jeunes collègues du Bureau central examinèrent le sujet, et l'avis unanime fut qu'il s'agissait d'une fracture pathologique.

En conséquence, je pratiquai le 16 octobre l'extirpation de la clavicule en totalité, après avoir fait une incision exploratrice qui, traversant des tissus extrêmement vasculaires et me conduisant dans un foyer rempli de tissus friables avec des grains osseux, çà et là, n'infirma point le diagnostic.

L'opération fut un peu délicate, car la tumeur, volumineuse, remplissait tout le creux sus-claviculaire et modifiait notablement les rapports de tous les organes de la région.

La guérison de la plaie fut obtenue en huit jours. Je ne mis

aucun appareil et laissai le malade libre d'user à sa guise du membre opéré. Il ne s'en est pas privé, et le résultat fonctionnel auquel il est arrivé avec une extrême rapidité prouve bien que la clavicule est un des os dont l'économie se passe le plus aisément. Quinze jours après l'opération, je trouvai notre homme se livrant à des exercices acrobatiques sur la barre transversale qui est au pied de son lit. Actuellement, il exécute absolument tous les mouvements, et avec force ; il écarte, élève le bras, fait le moulinet, met la main sur l'épaule opposée, relève le coude ; il est exactement comme un homme qui n'aurait jamais été opéré. Les deux épaules sont à la même hauteur.

On peut réséquer sans aucune crainte la clavicule, la suppression partielle ou totale de cet os n'entraîne aucun trouble fonctionnel, si l'on a soin de ne pas immobiliser le membre supérieur, mais au contraire de le laisser libre et de l'exercer le plus tôt possible. Le présent cas est à cet égard tout à fait démonstratif,

Mais venons à la tumeur. Ce n'était pas du tout un sarcome, mais un gros, un très gros cal, déjà ancien, formant un manchon volumineux autour des deux fragments de la clavicule. C'est ce manchon qui avait éclaté, s'était brisé lors du traumatisme récent, et l'incision exploratrice m'avait conduit dans le foyer rempli de caillots fibrineux en voie de dissociation consécutif à cet éclatement. Maintenant, comment cet accident déjà vieux a-t-il pu rester ignoré du malade, qui, à tant de reprises, nous a affirmé avec la plus parfaite bonne foi qu'il n'avait jamais rien eu antérieurement, qu'il n'avait fait aucune chute, reçu aucun coup, et qu'il n'avait jamais souffert de la région ? Ce serait incompréhensible, si cet homme, dont la sensibilité paraît d'ailleurs assez émoussée, ne nous avait fait l'aveu de ses habitudes d'alcoolisme. De temps à autre il oublie tout dans de fortes beuveries, et il est probable que dans l'ivresse il a fait quelque chute, qu'il s'est brisé la clavicule sans que sa béatitude en fût troublée et que la gêne consécutive, qui peut-être fut modérée chez un être rude et quelque peu analgésique, ne lui a pas laissé de souvenir.

Quoi qu'il en soit, le fait est là. Faute de connaître les antécédents, et la radiographie ne nous apportant aucun élément utile de diagnostic, les signes fournis par l'examen clinique conduisaient à une erreur presque inévitable.

Exstrophie vésicale.

M. CUNÉO présente des enfants opérés d'exstrophie vésicale par implantation du trigone et des uretères dans un segment d'intestin exclu, puis implanté dans le sphincter anal.

— Le travail de M. CUNÉO est renvoyé à une Commission, dont M. MARION est nommé rapporteur.

Élections.

1° Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de *Membre correspondant national.*

MM. Broca, Legueu, Faure et Lucas-Championnière sont élus membres de cette Commission.

2° Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de *Membre correspondant étranger.*

MM. Auvray, Arrou, Monod, Kirmisson sont élus membres de cette Commission.

3° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Marjolin-Duval.*

MM. Morestin, Reclus et Schwartz sont élus membres de cette Commission.

4° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Laborie.*

MM. Beurnier, Dumoulin, Le Dentu sont élus membres de cette Commission.

5° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Dubreuil.*

MM. Ombrédanne, Tuffier, Walther sont élus membres de cette Commission.

6° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Ricord.*

MM. Sieur, Delorme, Savariaud sont élus membres de cette Commission.

7° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Demarquay*.

MM. Lejars, Robineau, Sebileau sont nommés membres de cette Commission.

8° Commission chargée d'examiner les travaux déposés pour concourir au *prix Gerdy*.

MM. Souligoux, Ricord, Mauclaire sont nommés membres de cette Commission.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — *Trois observations de trépanation cranienne décompressive*, par M. le Dr LAPEYRE (de Tours).

— Renvoyé à l'examen d'une Commission, dont M. BROCA est nommé rapporteur.

3°. — *Tumeur inflammatoire de la paroi abdominale d'origine vésiculaire. Opération. Examen histologique*, par M. le Dr Louis BAZY.

— Renvoyé à l'examen d'une Commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

I. — *Hanche à ressort.*

M. RIEFFEL. — Dans la dernière séance, MM. Kirmisson, Mauclaire, Broca et Ferraton ont relaté plusieurs observations très intéressantes, prouvant que la hanche à ressort est en réalité moins rare qu'on ne le croit et que le ressaut trochantérien peut se produire dans des conditions très variées. Parmi ces observations, la première, de M. Ferraton, est particulièrement instructive :

elle démontre, d'une part, que la variété traumatique ne doit pas être niée d'une façon absolue; d'autre part, que l'absence, l'atrophie ou l'inflammation de la bourse séreuse trochantérienne profonde n'a nullement l'importance pathogénique que voudrait lui attribuer von Brunn.

Je me suis élevé dans mon rapport contre la distinction, établie par Mouchet, en hanche à ressort extra-articulaire et hanche à ressort intra-articulaire. MM. Kirmisson et Mauclaire pensent qu'il y lieu de la maintenir. J'estime au contraire — et MM. Broca et Ferraton partagent mon opinion — que la première variété mérite seule cette appellation. En effet, il ne me semble pas très logique de désigner sous deux noms différents une seule et même affection, puisque la hanche à ressort articulaire rentre en réalité dans le cadre des subluxations intermittentes, volontaires ou habituelles, de la tête fémorale. En effet, elle se caractérise par des lésions du sourcil ou du bourrelet cotyloïdien, par l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton, par un déplacement articulaire, souvent visible à la radiographie, et pouvant même s'accompagner, comme dans un cas de Gaugele, de raccourcissement du membre, de rotation interne du pied et de dépression inguinale avec contraction des muscles adducteurs de la cuisse. Sans doute, la distinction entre les deux variétés de hanche à ressort peut être difficile dans certains cas, ainsi que l'a justement fait remarquer M. Kirmisson, d'autant que, comme dans un cas de Preiser, le ressaut trochantérien peut coexister avec une subluxation intermittente de la tête fémorale. Il n'en est pas moins vrai qu'en analysant exactement les phénomènes, on reconnaîtra que, dans un cas, le bruit de claquement résulte du passage d'un faisceau musculo-tendineux sur le trochanter, tandis que, dans l'autre, il est produit par la sortie de la tête fémorale hors du cotyle ou par sa rentrée dans cette cavité.

Il est un dernier point, touchant la dénomination de hanche à ressort. J'ai reproduit et défendu les critiques adressées à ce terme par M. Mouchet. MM. Kirmisson et Broca estiment qu'elles tombent à faux, et cependant M. Ferraton, créateur de l'expression, reconnaît qu'elle peut prêter à l'équivoque et propose même le mot fesse à ressort. D'ailleurs, nous sommes bien prêts de nous entendre. En comparant le doigt et la hanche à ressort, je n'ai pas spécialement visé la localisation intra ou extra-articulaire; j'ai voulu insister sur les différences cliniques. Dans le doigt à ressort, il s'agit, en effet, d'un mouvement du doigt, qui subit un temps d'arrêt et qui reprend ensuite brusquement, pour se terminer avec la rapidité automatique d'un ressort. Dans la hanche à ressort, le mouvement de la cuisse ou du bassin n'éprouve aucune interrup-

tion, aucune accélération subite; il s'accompagne seulement, à un instant donné, durant son exécution, d'un ressaut parfois bruyant, au moment où le faisceau profond de la bande de Maissiat franchit l'obstacle trochantérien.

Je ne connais, pour ma part, qu'une observation comparable au doigt à ressort; elle est due à Folet et rapportée dans la thèse de Carlier (1) sous le nom de cuisse à ressort. Il s'agissait d'un professeur de mathématiques, qui, lorsqu'il voulait fléchir la cuisse droite sur le bassin éprouvait une résistance, un arrêt, lorsque le mouvement était arrivé à la moitié de sa course. Si l'on insistait pour vaincre l'obstacle, tout à coup, au bout d'une demi-minute, on sentait que la résistance venait d'être vaincue et la flexion de la cuisse se complétait brusquement. Au moment où l'on triomphait de la résistance, on ne percevait ni choc, ni craquement, ni ressaut au niveau de la région trochantérienne.

Voilà donc un fait spécial, qui montre bien l'utilité d'une nomenclature précise. Assurément, je ne demande pas la suppression du mot hanche à ressort, mais je répète qu'à mon sens, il ne doit s'appliquer qu'aux cas de ressaut trochantérien.

Ce sont là, du reste, des questions de détail, et, en terminant, je constate avec plaisir que, sur les points essentiels, MM. Kirmisson, Mauclaire, Broca et Ferraton sont ralliés aux idées que j'ai émises sur la hanche à ressort à propos du travail de M. Mouchet.

M. le Président. — La discussion sur la hanche à ressort est close.

II. — *Tumeurs inflammatoires simulant les néoplasmes.*

M. Arrou. — J'ai vu, Messieurs, à différentes reprises, et certainement comme chacun de vous, des tumeurs, volumineuses ou non, qu'on n'hésitait pas à qualifier de sarcomes. Leur apparition, leur accroissement s'étaient faits en conditions telles, que ce diagnostic paraissait sinon évident, du moins des plus vraisemblables. Mais, comme quelque doute avait percé, on ne se décidait pas à entreprendre une intervention. Le malade était mis au repos, surveillé, examiné de temps à autre, et on assistait à la fonte progressive de la masse première, si bien qu'au bout de quelques semaines il n'était plus question de rien. Il me semble qu'on a le droit de

(1) Carlier. Thèse de Paris, 1888-1889, p. 183, obs. XXIII.

porter ici le diagnostic de « tumeur inflammatoire ayant pris les apparences du sarcome »; mais, comme la confirmation anatomique manque, mieux vaut peut-être ne pas insister.

Il n'en est plus de même dans le cas que je vais maintenant rapporter. En 1900, le Dr Dubrisay, le père, m'envoya à Saint-Antoine, dans le service de mon maître M. Monod, une fillette de neuf ans, bien portante de par ailleurs, mais qui portait dans le creux poplité et la cuisse du côté droit une volumineuse tumeur. Cela s'était développé tout seul, sans traumatisme, sans maladie fébrile préexistante, sans que l'enfant y fît elle-même attention. C'est la mère qui, un soir, en la couchant, avait remarqué cette masse. Les dimensions étaient d'une quinzaine de centimètres en hauteur, sur une largeur moitié moindre. La consistance ferme, le sens vertical du développement, le siège très externe du mal, son indolence absolue à toute pression, les grosses veines qui marbraient la peau à ce niveau, l'absence de ganglions, tout pour ainsi dire nous portait à faire le diagnostic de « sarcome ». On pouvait même aller plus loin, et dire « sarcome développé dans le muscle biceps ».

L'enfant fut examinée par bien des gens, non seulement du service, mais du dehors, par plusieurs de nos confrères de l'armée, qui venaient volontiers suivre M. Monod, par au moins deux candidats au Bureau central. Il y eut unanimité : « sarcome ».

J'opérai l'enfant. Une longue incision me conduisit sur le biceps, dont le tiers inférieur au moins était occupé par la masse. Celle-ci, en bas, s'arrêtait assez nettement à deux ou trois centimètres au-dessus de la tête du péroné. L'ablation se fit sans difficulté, et les suites ne présentèrent rien de particulier.

Mais il n'en fut pas de même de l'examen de la pièce. Une moitié fut envoyée à un laboratoire de la Faculté, où on m'avait demandé depuis quelque temps des tumeurs musculaires; l'autre fut confiée à notre collègue Macaigne, alors chef de laboratoire de M. Monod à Saint-Antoine. A quelques jours de là, le laboratoire de la Faculté m'envoyait sa réponse « sarcome musculaire ». Nous nous en doutions bien. Nous faisions même plus que nous en douter, car, avant comme après l'opération, personne n'avait songé à autre chose.

L'examen de Macaigne se fit un peu plus attendre, mais son résultat nous surprit étrangement. « Je ne sais pas, nous dit-il, ce que peut être exactement ce que vous m'avez envoyé là, mais on dirait du tissu inflammatoire. » Je lui fis part alors du résultat de l'autre examen. Macaigne reprit ses coupes, les multiplia, demanda un peu de temps encore pour être bien certain de ce qu'il allait avancer, et finalement nous apporta le diagnostic sui-

vant : « Il n'y a pas trace de sarcome. La tumeur est tout entière formée par du tissu inflammatoire. »

L'avenir devait nous dire qui avait raison. Car je ne sache pas qu'il existe une plus abominable tumeur que le sarcome musculaire. J'en ai vu plusieurs cas chez des collègues, j'en ai vu et opéré de mon côté; mes pièces sont entre les mains de Durante. Tous se sont terminés par la mort, la presque totalité par généralisation pulmonaire. Eh bien, voilà un peu plus de onze ans que cette malade a été opérée. C'est aujourd'hui une grande jeune fille alerte, fort bien portante, et qui n'a jamais rien présenté d'inquiétant depuis lors.

Il me semble qu'on peut raisonnablement en déduire que Macaigne avait raison. Apparence de sarcome peut-être, même certainement; mais en réalité masse inflammatoire, développée on ne sait à quel propos, mais sans aucun caractère de néoplasme.

M. Kirmisson. — M. Macaigne est-il arrivé à la suite de ses examens répétés à un diagnostic ferme?

M. Arrou. — M. Macaigne n'a été affirmatif que sur un point : « Ce n'est pas, m'a-t-il dit, du sarcome, c'est partout du tissu inflammatoire. »

M. Kirmisson. — Ne s'agirait-il pas d'une de ces tumeurs ganglionnaires, et périganglionnaires inflammatoires, qu'on observe si souvent au creux poplité dans la pratique infantile?

M. Arrou. — Je ne le crois pas, car la tumeur siégeait en plein biceps.

M. Kirmisson. — J'ai observé un cas de tumeur d'un diagnostic difficile qui s'est montrée nettement inflammatoire, siégeant dans le biceps et dont je pourrai, je l'espère, retrouver les détails que je communiquerai à la Société.

M. Quénu. — Il est souvent impossible, aujourd'hui, d'établir, sur le simple examen de quelques coupes histologiques, le diagnostic anatomique différentiel entre le groupe sarcome et le groupe « tumeurs inflammatoires ». La morphologie cellulaire n'a pas toujours un caractère de spécificité qui permette d'être affirmatif sur la nature du néoplasme ou du prétendu néoplasme.

Il faut, à l'examen de nombreuses coupes, ajouter les inoculations et la séro-réaction. Aussi ne suis-je pas étonné de ce que, dans le cas rapporté par M. Arrou, deux histologistes aient émis

sur le tissu qui leur a été présenté, une opinion différente. Récemment, M. Jolly, mon chef de laboratoire, aujourd'hui remplaçant de M. Malassez, et M. Darier, dont chacun connaît la compétence spéciale, n'ont pu se prononcer sur la nature d'une tumeur ulcérée du gros orteil que j'ai confiée à leur examen. Il faut donc, je le répète, ne pas se contenter d'une simple étude histologique; à celle-ci, il faut ajouter d'autres recherches de laboratoire : les inoculations et la séro-réaction, entre autres.

M. Routier. — Je viens d'observer un cas qui me paraît tout à fait de l'ordre de ceux dont notre collègue Lejars vient d'entretenir la Société.

Le 9 mai entrait dans mon service un homme de soixante-treize ans, maigre, mais très bien portant, ne paraissant pas son âge.

Cet homme venait réclamer nos soins pour une tumeur de la face externe de sa cuisse gauche.

Vers la partie moyenne et sur la face externe de cette cuisse, on voyait une tumeur oblongue, de 10-12 centimètres de long suivant l'axe du membre, de 4 centimètres d'épaisseur environ.

La peau était indemne, la tumeur paraissait sous-aponévrotique, musculaire, sans adénopathie, sans réaction d'aucune sorte.

Mes internes me présentèrent cette tumeur comme un sarcome du muscle vaste externe à la cuisse.

Je ne partageai pas leur opinion et pensai plutôt à une gomme; bien que toute recherche sur une syphilis antérieure fût négative, je crus devoir essayer d'un traitement spécifique.

Pendant dix jours, je fis faire des frictions à l'onguent napolitain, et je donnai 2 grammes d'iodure. Le résultat fut nul.

Le 23 mai, j'endormis le malade et pratiquai une incision : il s'agissait d'une tumeur formée d'une coque épaisse, grise, remplie par des fongosités qui cependant ne ressemblaient pas à des fongosités tuberculeuses.

Je grattai à la curette très fortement le tout, et, après avoir largement passé toute la surface au chlorure de zinc, je bourrai la cavité avec une mèche.

Les suites furent des plus simples, le malade est sorti guéri le 18 juin.

Les fragments envoyés à M. Herrenschmidt, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, furent examinés; la réponse fut négative quant au sarcome; ce n'est même ni de la syphilis ni de la tuberculose, disait-il; — malheureusement, la disette de cobayes m'empêche de faire une inoculation.

Il faut donc penser qu'il s'agissait d'une simple tumeur inflammatoire, sans réaction, à marche subaiguë, simulant, en effet, le

sarcome. Ce malade a aujourd'hui tous les signes d'un cancer à l'estomac.

Ici, bien entendu, l'erreur de diagnostic ne m'aurait pas conduit à une mutilation de l'individu, mais il faut toujours penser à la possibilité d'une erreur de cette nature avant de se décider à une opération mutilante.

J'ajouterai en passant que, pour les sarcomes, je suis tout à fait pour les opérations économiques, qui, d'après ma pratique, donnent des satisfactions bien autrement grandes que les larges amputations.

Il y a une vingtaine d'années, j'eus à donner mes soins à un enfant de huit ans qui avait une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia.

Le 7 février 1893, je pratiquai la trépanation de ce tibia; il y avait peu de pus, mais la moelle était d'une vilaine couleur jaune, et il y avait un foyer de sang couleur sépia.

J'enlevai un petit séquestre, le tout fut gratté et bourré de gaze au salol.

Les suites furent parfaites, le 28 février la cicatrisation presque complète.

Le 17 mai de cette même année, l'enfant accusa à nouveau des douleurs à deux travers de doigt au-dessus de la malléole interne. J'avais trépané le tibia par sa face externe.

Cette fois, sur la face interne, on trouvait un point douloureux avec du gonflement.

Le 20 mai, je débride la peau, et le périoste, très épaissi et très vasculaire, était décollé. L'os se présentait comme criblé de gros orifices rouges. La coque osseuse, très mince, enlevée, me conduit dans une cavité pleine de fongosités.

Je pratique un grattage et bourre à nouveau avec la gaz salolée.

Tout alla bien d'abord : mais, le 5 juin, cet enfant a 40°5 et la poitrine est couverte par une éruption rouge confluente.

Sa langue est très sale, il avait des gargouillements cæcaux : je craignis une fièvre continue et demandai Hutinel en consultation, lequel, après avoir examiné le malade, pensa qu'il devait plutôt avoir quelque autre foyer osseux que je n'aurais pas ouvert.

Le lendemain, nouvelle anesthésie. Je rouvre la plaie, et, cette fois, la cavité osseuse me paraît remplie de masses sarcomateuses. Je ne trouve pas de pus.

Les fragments assez volumineux furent portés au laboratoire du professeur Cornil qui, quelques jours après, m'affirma qu'il s'agissait de sarcome fusiforme.

Vous comprenez mon inquiétude. Je demandai une consultation chirurgicale cette fois : successivement, M. Verneuil et M. Tillaux

vinrent voir l'enfant ; tous deux, mis au courant de la marche de la maladie, du résultat de l'examen histologique du professeur Cornil, et après un consciencieux examen de l'enfant, conclurent à l'amputation de la cuisse, au moins à la désarticulation du genou.

Seul je protestai, j'expliquai aux parents que cette mutilation ne nous donnait pas une certitude de guérison, que le sarcome reviendrait ailleurs ; bref, que s'ils voulaient faire amputer leur enfant, ils devraient s'adresser ailleurs, que je ne voulais pas le faire.

« Résignez-vous, leur dis-je, l'enfant durera ce qu'il pourra, il faut le mettre à la campagne ou au bord de la mer, remonter son état général et on verra. » Berck fut choisi, on y mena l'enfant, que j'adressai à mon ami Ménard.

Vers la fin de juillet, celui-ci m'écrivait que la cavité se comblait, que les ganglions inguinaux disparaissaient ; bref, que malgré l'histologie, ce n'était pas du sarcome, mais un état inflammatoire spécial qu'il avait observé déjà dans certaines ostéomyélites subaiguës.

Le 16 novembre, la cicatrisation était complète, le tibia restait gros, mais était indolent, l'enfant marchait, il n'y avait plus traces de ganglions inguinaux.

Cet enfant est aujourd'hui un homme, père de famille, et se porte à merveille.

Je frémis quand je pense combien il s'en est fallu de peu qu'on en fit un infirme.

De tout cela, il faut conclure que le microscope est souvent impuissant pour distinguer les simples lésions inflammatoires des productions sarcomateuses, et qu'il faut toujours, dans les cas douteux surtout, penser à une tumeur inflammatoire, et ne jamais se presser quand il s'agit de pratiquer une amputation.

M. Savariaud. — Les tumeurs inflammatoires offrent avec les tumeurs sarcomateuses les plus grandes analogies au point de vue clinique et même au point de vue anatomique, si bien que certains auteurs ont tendance à les regarder comme de même nature.

Toutefois, ce n'est point ici le cas de mettre en lumière leurs analogies, mais bien plutôt leurs différences. Ainsi que l'a dit M. Lejars l'étude du tracé thermométrique est d'une grande utilité, la fièvre étant rare, au moins à la phase du début dans les néoplasmes. Les formes et les limites de la tumeur, plus diffuses dans les inflammations, plus nettes dans le sarcome, sont aussi de bons éléments de diagnostic.

Nous sommes également de son avis pour admettre que, dans les cas difficiles il faut faire une biopsie.

Si j'ai demandé la parole, ce n'est pas pour citer des cas où l'erreur commune, qui est de prendre une inflammation chronique pour une tumeur maligne, a été commise, ou au contraire a pu être évitée, c'est, tout à l'opposé, pour vous faire part de l'erreur inverse dont j'ai été victime jusqu'à l'opération *inclusivement* et qui consiste à prendre un sarcome périostique du tibia pour une ostéomyélite chronique.

C'était il y a deux ans à l'hôpital Trousseau, nous étions, si je puis dire, entourés d'ostéomyélites de toute forme offrant tous les intermédiaires entre la forme aiguë et la forme chronique. Le même jour je devais opérer deux ostéomyélites du tibia, chroniques toutes les deux, une vraie qui contenait des séquestres et un peu de pus, l'autre fausse, celle qui était un sarcome périodique de l'extrémité supérieure du tibia, mais que j'avais diagnostiquée comme l'autre ostéomyélite chronique. J'opérai en premier lieu la vraie ostéomyélite, qui ne présenta rien de spécial, puis, devant une galerie assez nombreuse, car c'était à l'époque d'un congrès, j'opérai la seconde, traversant un périoste lardacé épais de près d'un centimètre et évidant à la curette toute l'extrémité supérieure du tibia, qui était ramolli et de couleur lie de vin. Fait extraordinaire, non seulement je n'émis pas le moindre doute sur la nature vraie de la tumeur, mais aucun des assez nombreux assistants ne fit la moindre objection. Je passai encore plus d'un mois avec l'idée que j'avais opéré une véritable ostéomyélite, et ce n'est que devant la repullulation du néoplasme que je me rendis à l'évidence. L'amputation fut faite qui n'empêcha pas une prompte récidive à distance (au niveau de la paroi thoracique). La dissection de la pièce montra l'existence d'un sarcome périostique du tibia.

Rapports.

I. — *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme*, par M. le Dr Abadie (d'Oran).

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Notre confrère d'Oran, déjà connu dans notre Société par d'intéressants travaux, nous a récemment adressé deux cas de tuberculose génitale chez la femme.

Le premier est un abcès froid tubaire unilatéral.

Voici l'observation :

Obs. I. — *Abcès froid tubaire unilatéral. Salpingectomie. Guérison.*

Mlle C..., dix-huit ans, a toujours eu une santé un peu délicate, sans maladie bien caractérisée; végétations adénoïdes; quelques bronchites sans lésions pulmonaires persistantes appréciables; parfois, poussées d'entérocolite muco-membraneuse, état névropatique atténué.

Depuis un mois environ, Mlle C... accuse des douleurs discontinues, parfois vives, siégeant très nettement du côté gauche de l'hypogastre, exagérées par la marche ou la fatigue, plus marquées pendant les périodes de constipation, atténuées par l'évacuation de l'intestin. Pas de fièvre. Pas d'altération sensible de l'état général. Règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses.

Elle présente à l'hypogastre à gauche une tumeur légèrement saillante à jour frisant, plus nette au palper, dure, tout au moins rénitente, un peu douloureuse, dont le toucher rectal combiné au palper permet difficilement d'apprécier le siège sur le flanc gauche de l'utérus et le volume comparable à celui d'une mandarine.

Nous pensons à un kyste de l'ovaire ou un fibrome du ligament large, le passé génital de cette jeune fille étant absolument indemne, et, après quelques jours d'expectative et de traitement médical (enveloppements humides, lavements très chauds, belladone), nous conseillons une intervention.

Opération, 15 novembre 1909. — Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie par incision sus-pubienne transversale de la peau et verticale de la paroi. Le péritoine pariétal est adhérent à l'épiploon; l'un et l'autre portent des granulations manifestement tuberculeuses que l'on trouvera, au cours de l'intervention, disséminées sur tout le péritoine pelvien et quelques anses intestinales. Pas d'ascite. Après avoir relevé l'épiploon, on trouve la tumeur perçue à l'examen; elle est constituée par un coude de la trompe gauche distendue et contournée; on la suit jusque dans le Douglas, où plonge son extrémité la plus volumineuse. Après section première de l'extrémité interne de la trompe, on la décolle de dedans en dehors, faisant l'hémostase de proche en proche et laissant en place l'ovaire correspondant. Ligatures. L'exploration montre les annexes de droite normales. Reconstitution de la paroi à trois plans, sans drainage. Suites parfaites.

Revue en mars 1911, après de longs mois de séjour en montagne en

Suisse, la malade a toutes les apparences d'une santé florissante ; elle n'éprouve aucun trouble abdominal. On peut considérer la guérison comme acquise.

Examen de la pièce. — La trompe présente une apparence contournée. Régulièrement distendue par du liquide sous tension, et étroite vers l'extrémité interne de la trompe, de plus en plus large vers l'extrémité externe fermée sans orifice perceptible ni trace de pavillon, la tumeur présente à sa surface de nombreuses granulations miliaires disséminées.

A l'intérieur, pus grumeleux, blanchâtre, pus d'abcès froid.

La surface interne est pâle, finement granuleuse, sans saillies ni sillons. La paroi est mince. *L'examen microscopique* porte sur deux coupes : dans l'une, la trompe est sectionnée près de son extrémité interne ; l'autre montre un fragment de la paroi tubaire distendue. Sur ces deux coupes, dans l'épaisseur des replis, dans la profondeur de la muqueuse ou sous le revêtement péritonéal, on constate nettement la présence de cellules géantes caractéristiques.

A côté de cette observation, notre confrère place un cas de périmétrosalpingite tuberculeuse bilatérale, qui constitue la forme la plus habituellement rencontrée.

Je vous demande la permission de la mettre également sous vos yeux.

Obs. II. — A... (Anna), vingt-trois ans, couturière, habitant le Sig, nous est adressée en décembre par M. le Dr Dunis.

Réglée à quinze ans, toujours régulièrement, mariée, n'ayant présenté jamais aucun symptôme de grossesse, la malade a eu il y a quinze mois une écorchure au genou, de la lymphangite, puis une adénite inguinale suppurée ayant demandé six mois pour aboutir à la guérison.

Quatre frères et sœurs sont en bonne santé ; un frère est mort à Sig, de cachexie par tuberculose pulmonaire.

Le mari a eu, il y a deux ans et demi, une bronchite sans gravité.

Il y a quatre mois, Anna B... constate des pertes rouges; les règles deviennent très douloureuses, l'amaigrissement est manifeste.

Il y a deux mois, un curettage fait à Bel-Abbès, par M. le Dr Gaillard, arrête les hémorragies. Mais les douleurs persistent ainsi que l'amaigrissement; il existe parfois du ballonnement du ventre.

Examen. — L'utérus, dont le col est très mobile, est maintenu en position basse par fixation de son corps. Du côté droit, on sent une masse annexielle fortement collée contre les parois pelviennes, adhérente au rectum en arrière, inégalement dure, à bord supérieur irrégulier; elle présente à sa face antérieure une saillie dure et douloureuse. A gauche, les annexes sont difficilement perceptibles. En arrière et en haut, le corps utérin rétroversé semble être coiffé par la masse annexielle de droite.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite bilatérale avec périnéphrite ancienne.

Opération le 27 décembre 1910. — Chloroforme. Anesthésie très régulière. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine pariétal épaissi et porteur de granulations tuberculeuses ; on en trouve disséminées un peu partout. Adhérences de l'épiploon et du péritoine susvésical au péritoine de la face antérieure de l'utérus; hémisection médiane qui dévie vers la droite; ablation des annexes droites adhérentes dans le Douglas, aux parois pelviennes et au rectum; des annexes gauches comprenant un ovaire kystique et une trompe descendant bas en arrière. Pas de drainage. Fermeture à trois plans, au fil de lin.

Suites. — La température monte progressivement jusqu'à 38°5, le soir du cinquième jour, puis redescend aux environs de 37 degrés dès le dixième jour; le pouls reste toujours entre 80 et 90. Réunion par première intention.

Actuellement (5 mai), la malade ne souffre pas; mais elle a présenté des selles sanguinolentes il y a deux semaines, avec ténesme, puis des hémoptysies; elle a nettement de la congestion du poumon droit. L'état général est assez bon. Sur la cicatrice abdominale, ulcération récente à bords décollés, à aspect atone.

Examen des pièces. — L'utérus, inégalement sectionné en deux parties, non augmenté de volume paraît sain quant à son parenchyme et sa muqueuse.

Le péritoine qui le revêt présente simplement quelques granulations miliaires. Les annexes gauches comprennent un ovaire kystique, dont la surface est parsemée de granulations tuberculeuses, assez confluentes pour constituer à la face postérieure de l'organe une plaque d'adhérences avec les organes voisins, au centre de laquelle existe déjà un foyer purulent. La trompe est boursouflée dans toute son étendue, les granulations qui en recouvrent la surface sont parfois ramollies avec pus; elles s'étendent également sur la face interne du pavillon béant, épaissi, aux replis tuméfiés. L'intérieur de la trompe à parois épaissies est encore perméable, mais transformé en tunnel irrégulièrement rempli de pus en petite quantité.

Les annexes droites présentent le même genre de lésions, à un degré plus accentué; l'ovaire est creusé d'une cavité d'abcès dont le point de départ fut nettement extérieur; la trompe, deux fois contournée sur elle-même, est fixée par des adhérences dont la libération laisse voir des claviers purulents; le pavillon est caséeux, purulent.

L'*examen microscopique* n'a pas été fait, afin de pouvoir conserver dans son intégrité la pièce dans le Kaïserling-Bick. Une confirmation histologique nous a semblé superflue *tellement* les lésions macroscopiques sont caractéristiques.

Dans ce cas, il s'agit d'une tuberculose annexielle, à forme péritonitique, et les exemples en sont assez fréquents.

Guillemin, en 1894, a publié, dans la *Revue de Chirurgie*, une étude basée sur 13 observations, puis Sarkisian, en 1902, à la

Société anatomique, rapportait un cas de salpingite tuberculeuse primitive chez une jeune fille de dix-neuf ans opérée par notre collègue Schwartz.

Viennent ensuite les cinq cas de Tomson, en 1904; ceux que Reynier et Potherat nous ont présentés en 1905 et 1907; celui de Durand, en 1905, à la Société de chirurgie de Lyon; de Texier, publié en 1907 dans *La Clinique*. Presque tous ces cas se ressemblent.

Dans celui d'Abadie, si les lésions sont plus avancées du côté droit que du côté gauche, elles n'en sont pas moins bilatérales; et si les trompes sont surtout atteintes, les ovaires n'en sont pas moins touchés; d'autre part, les organes avoisinants, rectum, épiploon, péritoine, bref, tout le contenu du bassin est le siège de lésions tuberculeuses. L'ancienneté, ainsi que la gravité des lésions se trouvent simultanément affirmées par le travail ulcéreux qui boursouffle et creuse les parois des organes et par la solidité des adhérences qui accollent ces organes et limitent les cratères puriformes. Mais nulle part il n'existe de grosse collection, de véritable abcès.

Dans l'abcès froid tubaire, les lésions observées sont bien différentes. Ce qui frappe avant tout, c'est le volumineux abcès, la grosse collection; d'abord à l'étroit dans un organe de cavité virtuelle, le pus a peu à peu forcé la cavité, distendu la trompe, aminci sa paroi. D'adhérences, point ou presque; le péritoine avoisinant est à peine touché. Tout est limité à la *trompe* — sans atteinte simultanée de l'ovaire; à *une* trompe, sans lésions concomitantes de la trompe opposée. C'est donc un type à part parmi les formes de tuberculose des annexes.

Les abcès froids tubaires sont assez rares; nous citerons cependant les observations si typiques de Potel (1), celle d'Albertin (2),

(1) Potel. Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. Salpingectomie double. Société de chirurgie de Lyon, 7 décembre 1905. Localisation très limitée des lésions tuberculeuses au niveau des trompes; l'infection est restée localisée et l'ablation du seul foyer malade a été suivie d'un résultat excellent. A noter le peu de troubles fonctionnels et généraux déterminés par la présence d'une suppuration pelvienne très abondante.

(2) Albertin. Des abcès froids tubaires. *Lyon chirurgical*, 1er novembre 1908. Obs. I, nullipare, vingt-sept ans, sans passé génital: pyosalpinx tuberculeux bilatéral, constituant deux énormes abcès froids tubaires, enlevés par hystérectomie subtotale avec drainage abdomino-vaginal. — Obs. II, nullipare, vingt-huit ans; sans passé génital; péritonite à seize ans; double abcès froid tubaire; ablation par hystérectomie subtotale sans drainage. — Obs. III, nullipare, vingt et un ans, sans passé génital; double abcès froid tubaire enlevé par hystérectomie subtotale sans drainage.

Ces observations se retrouvent dans : Bertrand, « Des abcès froids tubaires ». *Thèse de Lyon*, 1908.

un cas plus récent de Duroux (1). Les cas de lésions unilatérales sont autrement exceptionnels ; dans les mémoires que nous avons parcourus, nous ne trouvons que deux cas à rapprocher de celui de M. Abadie : ceux de Tomson (2), encore s'agissait-il une fois d'un hydrosalpinx unilatéral, affirmé tuberculeux de par l'existence de bacilles de Koch dans le liquide, et la seconde fois d'un pyosalpinx ouvert dans le rectum.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer deux cas de ce genre au cours de ma carrière. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille que j'ai opérée à la Maison Dubois. Elle présentait une tumeur en apparence solide du petit bassin, qui soulevait la paroi abdominale et dont le développement avait été rapide. La cachexie était assez marquée. Il n'existait aucun signe de tuberculose. Je crus à une tumeur maligne.

L'intervention me démontra qu'il s'agissait d'un abcès froid tubaire unilatéral à contour caséeux. Le pus n'a pas été examiné. La question fut définitive.

Le deuxième cas est plus récent. Il s'agissait d'une dame de quarante ans que j'observai en ville. Elle avait été soignée pendant plusieurs années pour un fibrome : j'admis pour ma part un pyosalpinx. L'opération démontra l'existence d'un cas semblable au précédent. Quinze mois après, la malade succombait à la tuberculose pulmonaire. Dans les deux cas, il n'existait aucune lésion de la trompe opposée : le péritoine pelvien était intact.

M. Abadie recherche dans son travail les causes qui impriment à la tuberculose annexielle des aspects si différents. Il invoque tantôt le degré plus ou moins avancé de l'évolution, tantôt l'intensité variable de l'infection initiale, tantôt enfin une réceptivité différente des organes mêmes sur lesquels la tuberculose se localise.

Tout d'abord, l'évolution peut nous expliquer les aspects divers des foyers tuberculeux. D'abord, c'est la transformation possible d'un hydrosalpinx tuberculeux comme chez la malade de M. Tomson, en abcès froid tubaire, puis c'est l'envahissement successif de l'ovaire et des organes avoisinants, enfin le transfert de l'infection tuberculeuse au côté opposé.

(1) Duroux. Pyosalpinx bacillaire bilatéral. *Société nationale médicale de Lyon*, 29 novembre 1909 ; *Lyon médical*, 14 décembre 1909.

(2) Tomson, *loc. cit.* Obs. I, nullipare, trente-cinq ans, tuberculose primitive de la trompe droite, hydrosalpinx droit ; ablation de la tumeur kystique ; l'ovaire droit et les annexes gauches sont laissés en place. — Obs. III, trente-huit ans, nullipare ; tuberculose primitive de la trompe (confirmée par l'examen microscopique) avec perforation du rectum. Ablation d'une tumeur de la trompe du volume du poing, suture de la fistule rectale.

Dans la deuxième observation de M. Abadie, les lésions sont très manifestement plus avancées et probablement plus anciennes à droite qu'à gauche, comme si l'inoculation s'était étendue par le péritoine pelvien, des annexes droites à celles de gauche. On peut toutefois admettre que l'uni ou la bilatéralité des lésions puisse correspondre à une infection concomitante, d'une ou des deux trompes.

Dans les deux formes que M. Abadie nous présente, on ne saurait cependant n'y voir qu'une question de degré. Il semble bien qu'un abcès froid tubaire comme celui de la première observation, clos, distendu, aminci, ne saurait se transformer en une trompe à replis boursouflés, à pavillon étalé, à paroi épaissie bloquée par des adhérences nombreuses. Il faut alors admettre, dans le premier cas, une tuberculose atténuée, chronique d'emblée, localisant son atteinte à la muqueuse tubaire et permettant à la trompe d'organiser sa défense et de produire l'abcès froid. Dans la tuberculose annexielle à forme péritonique, l'infection paraît être à la fois plus disséminée et plus virulente, puisqu'elle détermine des lésions plus étendues, plus profondes.

Il faut enfin tenir compte de l'état antérieur des trompes? Ici, deux opinions radicalement opposées sont en présence. Simmonds (1) croit que la plupart des abcès froids tubaires relèvent de l'infection tuberculeuse secondaire d'un pyosalpinx gonococcique ou streptococcique préexistant.

Albertin pense, au contraire, « qu'un des gros facteurs de la distension tubaire (2), c'est l'absence de toute lésion antérieure, dans la trompe. Chez ses malades, il ne retrouve aucune trace de blennorragie ou d'infection puerpérale ».

Le cas de M. Abadie semble confirmer plutôt cette remarque. Mais si l'on admet qu'une infection antérieure des trompes puisse empêcher mécaniquement par les lésions produites la formation d'un abcès tubaire, elle doit par contre faciliter la dissémination, l'abondance d'une inoculation tuberculeuse surajoutée ; plus encore, elle doit en aggraver la virulence, et dès lors réaliser plutôt la forme bilatérale et péritonitique que la forme d'abcès froid tubaire. Mais il n'y a là rien d'absolu et, s'il n'existe qu'une seule observation d'abcès froid tubaire chez un sujet ayant un passé génital (Tomson III), il est également chez des vierges des salpingites tuberculeuses primitives qui évoluent sous la forme péritonitique : les cas déjà cités de Sarkisian (1), Tixier (2) en sont des exemples.

(1) Simmonds. La tuberc. génit. chez la femme. *Arch. f. Gynäkol.*, LXXXVIII, 1909.

(2) Albertin, *loc. cit.*

Ce qu'il faut en tout cas retenir, c'est que les lésions les plus anciennes sont dans les trompes et sur la face tubaire des franges du pavillon. En règle, les organes voisins, ovaire, utérus surtout, restent indemnes ou ne sont que plus tardivement atteints.

Cependant il existe des cas de « tuberculose de l'ovaire » proprement dite. Cette lésion a été principalement étudiée par Guillemain, *Revue de Chirurgie*, 1894 (la tuberculose de l'ovaire), et Cornil, *Soc. anatomique*, 1905 (note sur les tubercules de l'ovaire).

M. le Dr Abadie étudie encore, dans le cas où la trompe est le siège initial de l'inoculation, le mode de pénétration du bacille de Koch. Von Lingen (1) distingue, en une formule commode, l'infection ascendante, l'infection descendante, l'infection hématogène. Il faut encore ajouter l'infection par les lymphatiques.

L'infection ascendante, soutenue par Conheim, contrôlée expérimentalement sans succès par Gorovitz (2), ne saurait évidemment s'appliquer aux deux cas de notre confrère, tout au moins au premier. Elle est exceptionnelle.

L'*infection descendante* suppose une lésion primitive du péritoine pelvien ou des organes voisins; le bacille pénétrerait alors par l'ostium utérinum et arriverait ainsi dans la muqueuse de la trompe. Mais d'après les données de la clinique et des autopsies, les lésions les plus anciennes sont dans les trompes.

Les *lymphatiques* pouvaient encore conduire une infection à point de départ intestinal (venant du cæcum surtout) soit au péritoine pelvien et de là aux annexes, soit d'abord à la trompe même.

Mais M. Abadie admet que l'infection la plus vraisemblable est l'*infection hématogène*; ce mode de propagation est d'autant plus admissible qu'elle se produit à une période où les organes génitaux sont en pleine activité.

Au point de vue *thérapeutique*, la conduite de notre confrère a été la suivante :

Dans le second cas, il a enlevé trompes et ovaires et parce qu'ils étaient tous le siège de lésions prononcées. Il a, en outre, enlevé l'utérus non seulement parce que l'hystérectomie lui donnait plus de commodité pour enlever les annexes, mais parce qu'il lui parut dangereux de laisser un organe dont l'intégrité n'était pas démontrée.

Dans le premier cas, les lésions étant surtout limitées à la trompe gauche, bien qu'il y eût des granulations disséminées sur

(1) Von Lingen. Sur la tuberc. des trompes. *Soc. des Médec. allemands de Pétersbourg*. 11 février 1908, in *Presse Méd.*, 1908, p. 550.

(2) Gorovitz (Marie). La tuberculose génitale. *Revue de Chirurgie*, 1901. p. 532.

le péritoine avoisinant et même sur les annexes droites, M. Abadie s'est borné à pratiquer l'ablation de la trompe. Actuellement, les lésions n'ont pas progressé, et notre confrère se félicite avec raison d'avoir, par cette intervention minime, laissé à cette jeune fille les chances d'une maternité ultérieure.

Cette pratique est de beaucoup préférable à celle de Batsch, Simmonds et Doderlein, qui, se basant sur la fréquence des récidives, conseillent d'enlever systématiquement les deux trompes, quitte à laisser les ovaires.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Abadie de son intéressante communication, et de vous rappeler son nom au moment des élections aux places de membre correspondant de notre Société.

— Les conclusions du rapport de M. Picqué, mises aux voix, sont adoptées.

II. — *La désinfection exclusive des mains par l'alcool sans lavage ni savonnage préalables*, par M. E. Marquis, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de Rennes.

Rapport de M. SAVARIAUD.

Mon ami, M. le Dr Marquis, nous a adressé un mémoire des plus intéressants dont vous avez bien voulu me confier le rapport.

La question étudiée par M. Marquis est toute d'actualité et nous devons le remercier de nous en avoir réservé la primeur.

Vous savez que la désinfection des mains par l'alcool a fait déjà le sujet de nombreux travaux presque tous parus en Allemagne, où un certain nombre de chirurgiens emploient couramment cette méthode.

Historique. — Je vous rappelle brièvement les étapes par lesquelles sa passé cette intéressante question.

Furbringer, en 1887, montre le premier que sans alcool il n'y a pas de désinfection possible des mains de l'opérateur. Toutefois Furbringer n'ose pas proscrire le lavage-savonnage préalable (il en réduit seulement la durée à une minute) ni l'emploi consécutif du sublimé.

Ahlfeld (1895) montre que l'alcool est à la fois suffisant et nécessaire.

Renicke (Congrès allemand de Chirurgie, 1900) conclut de ses expériences que le simple brossage à l'alcool pendant cinq minutes,

même sans nettoyage mécanique préalable, produit une stérilisation parfaite, mais n'ose pas lui non plus proscrire le lavage ni les antiseptiques.

Schumburg (de Strasbourg), en 1906, montre par une série d'expériences : 1° que l'effet bactéricide du savon n'est pas grand, que le fait de se laver vingt minutes dans l'eau et le savon ne diminue pas sensiblement le nombre des germes de la peau, parfois même l'augmente; 2° que l'acool à brûler ordinaire détruit les germes en une ou deux minutes dans la proportion de 90 p. 100.

En 1910, Schumburg revient sur la question et proscrit nettement tout lavage préalable, qui gêne l'action de l'alcool en l'empêchant de pénetrer la peau.

Le gouvernement prussien, attachant une grosse importance à cette question, a chargé successivement deux médecins de vérifier ces résultats. Kutscher et Loew ont conclu à son efficacité et à son utilisation dans l'armée.

Depuis, de nombreux travaux, allemands, suisses, néerlandais, ont paru sur cette question, les uns adoptant purement et simplement la désinfection par l'alcool, les autres modifiant la méthode par l'adjonction d'acétone ou de tanin à l'alcool.

Avant d'aborder la part contributive de M. le Dr Marquis à la désinfection par l'alcool, il convient de préciser l'idée que l'on s'est faite du mécanisme de cette stérilisation.

Propriétés antiseptiques de l'alcool. — Pour beaucoup de chirurgiens, et je dois avouer humblement qu'avant la lecture du travail de M. Marquis j'étais du nombre, les propriétés antiseptiques de l'alcool sont à peu près nulles. C'est l'opinion que professe encore dans la dernière édition de son livre celui de nous tous qui a le plus fait pour l'introduction en France des méthodes antiseptiques; j'ai nommé M. Lucas-Championnière.

Cette opinion erronée s'appuie d'ailleurs sur les expériences d'hommes illustres, puisque Koch, en 1881, refuse à l'alcool le rôle d'antiseptique efficace. Il est vrai que Koch se basait pour dire cela sur ce que les solutions d'alcool à 50 p. 100 ne pouvaient empêcher le développement des spores si résistants à tous les antiseptiques de la bactéridie charbonneuse.

Lorsque Ahlfeld, en 1895, montra que l'alcool permettait la stérilisation des mains, alors que les lavages étaient impuissants, on lui objecta que l'alcool ne tuait pas les microbes, qu'il les rendait seulement inoffensifs, en les fixant, ainsi que l'épiderme lui-même.

Ahlfeld répondit à l'objection en montrant que le séjour prolongé des mains dans l'eau, qui faisait disparaître le tannage, ne modifiait pas les résultats de l'expérience.

Malgré cette réputation qui démontre le rôle antiseptique de l'alcool, la plupart des auteurs modernes en sont restés à la conception de l'alcool dégraisseur et fixateur, formant vernis à la surface de la peau.

Expériences de M. Marquis. — M. Marquis s'est attaché à démontrer par des expériences fort bien conduites :

1° Que l'alcool est un excellent antiseptique dans les conditions ordinaires de la désinfection des mains, tandis que la valeur du lavage, savonnage et sublimé est très médiocre ;

2° Que l'alcool doit son pouvoir antiseptique à sa puissance de pénétration; et, grâce à un procédé particulier, il nous montre des coupes de la peau où l'on voit cette imprégnation se faire jusqu'à la base des follicules pileux;

3° Il nous apporte une statistique d'opérations aseptiques qui confirme ses expériences.

De cette statistique opératoire qui porte sur cinquante opérations, toutes suivies de réunion sans élimination de fils, je ne dirai rien; elle confirme purement et simplement les résultats obtenus par ses devanciers, et il n'est pas un seul d'entre nous, je pense, qui ne pourrait en montrer de semblables, quelle que soit la méthode employée.

Dans ses expériences, qui montrent la valeur antiseptique de l'alcool, M. Marquis montre qu'après une alcoolisation de la peau des mains d'une durée de quatre à dix minutes, les débris épidermiques qu'on peut prélever sur n'importé quelle partie de la paume, du dos, des sertissures unguéales, de la rainure sous-unguéale, sont stériles, même quand on a soin d'imprégner abondamment ses mains des cultures microbiennes les plus variées.

Si Koch avait obtenu des résultats différents, c'est parce qu'il avait opéré sur des produits de raclage préalablement soumis à une dessiccation intense qui empêchait la pénétration de l'alcool, ou du moins qui modifiait par trop les conditions dans lesquelles s'opère la désinfection des mains.

Quand on a soin, comme l'ont fait Wirgin, de Mestral, Rüss, Winckler, d'opérer sur produits humides, on voit que l'alcool tue les staphylocoques dosés en 1 minute, le bactérium coli en 1 minute, le bacille de la diphtérie en 1 à 5 minutes, un mélange de prodigiosus, de pyocyanique et de staphylocoque doré en 3 minutes.

Les expériences de M. Marquis confirment absolument ces résultats. Sur 15 expériences conduites de la façon la plus rigoureuse, après infection préalable des mains, désinfection d'une durée de 10 minutes, plus 2 minutes pour le séchage à air libre,

M. Marquis a trouvé : 10 fois, 0 colonie; 4 fois, 1 seule colonie; 1 fois, 2 colonies.

Voici le résumé de ses conclusions :

La durée minima de l'alcoolisation est de 4 minutes lorsque les mains seules doivent être désinfectées. Pour la désinfection des mains et avant-bras, il faut ajouter 6 minutes.

Le degré de concentration de l'alcool est optimum entre 60 et 100 degrés.

Les mains ainsi désinfectées restent stériles pendant 15 à 30 minutes, un peu plus lorsque la main reste plongée tout ce temps dans l'eau froide, un peu moins si elle est plongée dans l'eau chaude.

L'alcool dénaturé vaut l'alcool à 90°, mais le simple rinçage à l'alcool ne vaut pas la friction des mains et des avant-bras avec un tampon stérilisé.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur les avantages considérables que présente cette méthode. En rase campagne, en temps de guerre, elle permet de réaliser économiquement le problème presque insoluble de la désinfection des mains, que le lavage prolongé à l'eau stérilisée au moyen de coûteuses autoclaves n'arrive pas à résoudre d'une manière absolue.

Sans doute, l'usage si répandu des gants diminue l'importance de cette découverte; il n'en est pas moins vrai que les gants stérilisés ne sont pas toujours à la portée du praticien, obligé de pratiquer d'urgence un accouchement ou une opération sanglante. Le gant peut se trouer, se déchirer; il importe que la main qu'il recouvre imparfaitement soit stérile.

Pour ma part, je ne puis que m'associer aux réflexions par lesquelles M. Marquis termine son intéressent travail :

« En résumé, cet emploi de l'alcool, sans lavage ni savonnage préalables, vient s'ajouter au procédé de Grossich pour montrer combien est erronée cette formule de Volkmann : « L'asepsie tient tout entière dans la brosse à ongles ». Je me permettrai une simple réflexion sur cette appréciation de M. Marquis en disant : Non, Volkmann ne s'est pas trompé, en parlant ainsi; oui, l'asepsie tient tout entière dans le décapage des mains; seulement, l'expérience nous a montré que l'asepsie ainsi réalisée est illusoire et que la peau de l'opérateur ou de l'opéré ne peuvent être stérilisées que par des agents antiseptiques, iode, alcool, acétone, etc... en attendant qu'on ait découvert des agents supérieurs à ceux-là. Pour terminer, je fais passer sous vos yeux les belles photographies microscopiques et les beaux dessins en couleur, représentant des coupes de la peau, traitée par l'alcool, que M. Marquis a bien voulu me confier. Pour ces coupes, la couleur jaune indique la

présence de l'alcool dans les tissus. Elle a été obtenue en faisant agir une solution alcoolique d'iodure de K à 10 p. 100 sur des coupes imprégnées d'une solution alcoolique de nitrate d'argent de même concentration et de même titre. Le résultat est une réduction de l'argent avec formation d'iodure jaune d'argent, insoluble dans l'alcool.

Cette méthode, inspirée des travaux de MM. Walther et Touraine sur l'imprégnation de l'épiderme par l'iode, montre que les particules d'iodure d'argent imprègnent tout l'épiderme jusqu'au *stratum lucidum* et que les poils eux-mêmes en sont imprégnés jusque dans leur trajet intradermique.

— Les conclusions du rapport de M. Savariaud, mises aux voix, sont adoptées.

III. — *Rupture de l'urètre avec fracture du bassin, et déviation latérale du segment antérieur*, par M. Gruget (de Laval), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rapport de M. F. LEGUEU.

M. Gruget nous a adressé l'observation suivante et qui à plusieurs points de vue mérite de fixer notre attention :

Le 16 juillet 1910, nous sommes appelé d'urgence pour un homme C... L..., âgé de 35 ans, qui, en conduisant un tombereau chargé, voulut monter sur l'avant-train ; en mettant le pied sur la chambrière, la chaîne qui la retient se brise, et il tombe sous la roue du véhicule qui passe sur lui, un peu obliquement, au niveau du bassin et de la hanche gauche.

Je vois le blessé quelques heures après l'accident, chez lui, où il a été transporté tant bien que mal. Il est en état de shock très marqué avec un pouls à peine sensible et des défaillances continuelles.

Localement, on constate :

1° *Au niveau des bourses, une luxation bilatérale du testicule* à travers une plaie nette du scrotum ; les plaies sont de 3 à 4 centimètres environ, à bords nets et réguliers, comme si elles avaient été produites par un instrument tranchant ; elles sont situées au niveau de la face antéro-externe des bourses et absolument symétriques ;

2° Des signes nets d'une rupture complète de l'urètre : urétrorragie abondante, rétention d'urine, tumeur périnéale volumineuse ;

3° Des signes non moins nets de *fracture verticale du bassin, au niveau de la branche ischio-pubique gauche*, avec probablement lésion de l'articulation sacro-iliaque correspondante, lésions sur lesquelles nous allons revenir plus loin.

Après avoir remonté le blessé, nous commençons par réduire la double hernie testiculaire et suturons rapidement les bourses en un seul plan, sans faire de suture séparée de l'albuginée.

Puis, nous faisons une large périnéotomie médiane; des flots d'urine et de sang mélangés nous inondent. Nous tombons alors dans un vaste foyer contus, noirâtre, dans lequel il est bien difficile à la vue de reconnaître quelque chose. Au toucher, le doigt se promène dans ce foyer, limité en avant par l'armature, en arrière par le rectum, et latéralement par les branches ischio-pubiennes. Au niveau de la branche gauche, on sent nettement une fracture verticale, intéressant la branche horizontale du pubis et la branche ischio-pubienne; il y a chevauchement des fragments, l'interne étant porté un peu avant et en dehors et l'*externe en arrière et en dedans et en haut*, disposition dont on se rend aisément compte, en passant le doigt en arrière de la symphyse. Le fragment interne a ainsi entraîné avec lui le segment antérieur de l'urètre rompu, comme va le faire reconnaître le cathétérisme. Les manœuvres de réduction sont difficiles et ne donnent qu'une correction imparfaite; d'ailleurs nous n'insistons pas pour le moment, le point capital nous semblant être alors de traiter au plus tôt les lésions urétrales.

Nous ne cherchons pas alors à faire de suture immédiate de l'urètre; notre intention étant alors de faire ultérieurement une autoplastie.

Nous revoyons notre blessé quatre jours après, avec notre collègue le Dr Beusse, de Montsuri. Le malade est remonté et apyrétique; la plaie périnéale a bon aspect et bourgeonne avec rapidité. Nous tentons un cathétérisme avec une sonde en gomme n° 18; celle-ci, arrivée à la hauteur de la branche ischio-pubienne, est *déviée et entraînée à gauche* et butte brusquement à environ 10 à 12 centimètres du méat, à peu près, à une hauteur de la branche ischio-pubienne.

Il en est de même d'un cathéter métallique. Une sonde molle de Nélaton fait de même; mais nous la sentons par la plaie périnéale, et, à l'aide du doigt, réussissons à la diriger vers la ligne médiane, en la refoulant de gauche à droite, et nous l'attirons alors dans la plaie avec une pince de Kocher et l'introduisons ainsi dans le bout postérieur qui est béant et facile à repérer. Pansement aseptique à plat.

La sonde ainsi passée, fait une sorte d'S italique *dans le sens latéral*; notre confrère le Dr Beusse, la laisse ainsi environ trois semaines. La plaie périnéale se ferme rapidement, et les urines s'écoulent régulièrement par la sonde.

A cette époque, la sonde se bouche et les urines s'écoulent en partie par la plaie périnéale non encore totalement fermée. Notre collègue, en voulant l'extraire, ne parvient qu'à retirer le bout antérieur; la sonde, incrustée, s'étant brisée au niveau du coude formé par le segment antérieur de l'urètre.

Appelé le lendemain, nous retirons le bout postérieur, à l'aide d'un léger débridement de la cicatrice périnéale, et laissons le blessé pisser par son périnée, car il est alors impossible de faire aucun cathétérisme.

Il pisse alors pendant deux ou trois jours par la verge et le périnée;

puis, bientôt *la totalité des mictions* se fait par le périnée et le blessé n'émet plus une seule goutte d'urine par la verge.

Enfin, la miction périnéale elle-même devient de plus en plus difficile et finit par devenir presque impossible : au prix d'efforts considérables, il n'arrive à émettre que quelques gouttes d'urine légèrement trouble ; les envies sont devenues presque continuelles, et en quelques jours une rétention chronique incomplète avec distension s'est constituée, l'état général est devenu mauvais ; langue suburrale et léger mouvement fébrile vespéral. Il est grand temps d'intervenir.

C'est dans ces conditions que je revois le blessé le 25 *octobre* 1910.

A l'examen, la plaie périnéale est presque totalement fermée ; il existe seulement une fistule médiane à 3 centimètres environ en avant de l'anus ; la fistule suppure légèrement. — Mictions, toutes les dix minutes, *totalement périnéales* ; émission à chaque fois de quelques gouttes d'urine trouble qui s'échappent en bavant (environ 1/2 verre à liqueur). Vessie distendue et sensible. Uretères et reins ne sont ni sentis ni douloureux.

Opération : Chloroforme. — Un cathéter est introduit dans l'urètre jusqu'au coude formé par le segment antérieur de l'urètre dévié.

Incision périnéale médiane depuis la racine des bourses jusqu'à 2 centimètres environ en avant de l'anus, et circonférentielle autour de l'orifice de la fistule. — Nous traversons une couche plus ou moins épaisse de tissu lardacé qui saigne en nappe. Libération médiane du bulbo-caverneux et recherche de la partie du segment antérieur non cathétérisée ; la chose n'est pas aisée ; une fois découverte (la rupture a eu lieu un peu en avant du collet du bulbe à peu près), on se met en devoir de la libérer, pour pouvoir la ramener sur la ligne médiane ; on la dissèque ainsi d'arrière en avant, des parties profondes vers la symphyse ; nous lions au fur et à mesure quelques petites branches de l'artère bulbo-urétrale et arrivons peu à peu et lentement à isoler tout le segment antérieur jusqu'à l'armature ; dans cette dissection, nous pouvons nous rendre nettement compte que toute cette partie a été entraînée et déviée à gauche par la branche ischio-pubienne correspondante, sauf les quelques centimètres qui avoisinent l'orifice périnéal de ce segment antérieur qui se dirigent obliquement de gauche à droite et forment ainsi un coude très marqué avec la partie antérieure.

Ce segment antérieur libéré est ramené sur la ligne médiane ; le bout périnéal est dur, sclérosé, sur une étendue de 2 centimètres à 2 cent. 1/2 environ, et imperméable à une sonde n° 12 ; nous réséquons toute cette partie en prenant soin de faire la section d'un seul trait et bien perpendiculaire à l'axe du conduit.

Nous nous occupons alors du bout postérieur. Celui-ci est très facile à trouver, contrairement à ce qui arrive en général dans ces cas. Une petite saillie de muqueuse rouge, entourée d'un épais tissu de sclérose, nous le fait reconnaître.

Je n'arrive à y *introduire qu'une filiforme*, et encore celle-ci passe-t-elle à frottement, à l'entrée sur une étendue de 1 à 2 centimètres ; je cherche d'abord à dilater un peu plus cette zone rétrécie et peu à peu arrive à

passer une bougie n° 10, mais elle passe à frottements durs. Celle-ci, laissée en place, par une incision circonférentielle, j'isole cet orifice, et dissèque l'urètre jusqu'à la prostate, puis résèque 1 cent. 1/2 environ du bout postérieur, en prenant les mêmes précautions que précédemment. On passe alors une sonde en gomme n° 18, mais on a la sensation qu'elle passe encore un peu à frottement; néanmoins, nous voulons conserver le sphincter membraneux et nous craignons, en réséquant plus largement, de ne plus pouvoir affronter les deux bouts sans tension.

Nous avons réséqué ainsi environ *4 centimètres* d'urètre. Nous nous décidons à terminer par une urétrorraphie circulaire.

Le segment antérieur est difficile à amener *sans tension* au contact du bout postérieur. Quelques coups de ciseaux sous-symphysaires nous donnent alors largement assez de mobilité pour le rapprocher aisément du bout postérieur. Nous suturons avec du catgut n° 0 les deux bouts, d'abord sur leur bord supérieur, par des points qu'il nous est difficile de ne pas faire perforants; puis, après avoir passé une sonde n° 19, nous terminons notre suture bout à bout; mais, en raison de la septicité relative du foyer, nous n'osons faire une suture complètement hermétique et laissons au niveau de la face inférieure une petite zone incomplètement suturée.

Suture du bulbo-caverneux; suture incomplète de la plaie périnéale; pansement aseptique.

Suites opératoires. — La sonde est changée le cinquième jour; on passe assez facilement une sonde de Mercier n° 18. Le pansement est aussi changé; il est un peu souillé d'urine, qui a dû probablement filtrer entre la sonde et l'urètre. Légère suppuration. L'état général est parfait. La température est toujours restée aux environs de 36°8. Ablation des fils le huitième jour.

On enlève la sonde à demeure le treizième jour, et on laisse le malade uriner seul, la miction se fait bien par la verge, mais il sort encore quelques gouttes par le périnée. Aussi, nous remettons une sonde à demeure pendant quarante-huit heures.

Le blessé quitte alors notre clinique, en conservant une petite fistulette périnéale, mais c'est à peine si, pendant la miction, elle laisse échapper quelques gouttes d'urine.

Rentré chez lui, notre opéré se passe des bougies, sur les indications de notre confrère Beusse.

Revu au début de février 1911. Les *mictions* sont normales, par la verge; il ne passe plus d'urine par le périnée, quoiqu'il existe encore là un petit point qui donne un petit suintement léger. Le malade peut rester cinq et six heures sans uriner; la miction se fait *sans effort*, avec un *jet volumineux* et *puissant*. Le périnée est souple, sauf au niveau de la partie moyenne de la cicatrice, car il existe une petite zone indurée de tissu fibreux.

Une bougie en gomme n° 18 passe facilement, et sans être déviée latéralement; mais on sent un petit ressaut sur la paroi inférieure au niveau de la zone où a porté l'urétrorraphie; un béniqué n° 40 passe aussi facilement sur conducteur; nous essayons de le passer sans con-

ducteur, mais on a la sensation qu'il butte sur le ressaut perçu à la sonde en gomme. On passe alors aisément le 41-42-43 sur conducteur.

Au *point de vue du bassin*, la consolidation s'est effectuée dans d'excellentes conditions. La station debout et la marche prolongée déterminent évidemment un peu de fatigue; mais la marche est assez régulière et aisée. Le blessé s'aide d'un bâton néanmoins.

Le malade est revu le 16 octobre 1911. Voici son état.

L'état général est excellent et le malade marche sans bâton, sans boiter ; il a toutefois une démarche un peu particulière, les jambes légèrement écartées.

Au point de vue *urinaire*, la miction se fait toutes les deux heures et demie environ le jour ; la nuit, une fois. Elle n'est pas douloureuse, mais le malade pousse quelquefois légèrement pendant toute la miction.

Le jet est fort, mais paraît légèrement tortillé. Urines claires.

Le malade continue à se passer une ou deux fois par semaine une bougie à bout olivaire n° 17. Elle passe cet instrument, mais de temps en temps le malade sent nettement un léger ressaut au niveau de la région opérée. Il s'est toujours servi de ce traitement que lui a fourni son médecin et n'a jamais passé lui-même un calibre plus élevé.

Voici ce que je constate à l'exploration : à l'explorateur à boule olivaire n° 20, je franchis tout l'urètre antérieur jusqu'au foyer cicatriciel, à environ 10 à 12 centimètres du méat. Là, la sonde butte nettement sur une zone fibreuse et dure. L'explorateur n° 16 passe, mais, en insistant, on peut constater que sur une étendue de 3 à 4 centimètres l'urètre n'a plus, dans cette zone, sa souplesse normale, mais qu'il est dur, fibreux, sclérosé. Je passe un béniqué n° 33 qui passe sur conducteur, mais *non sans conducteur*. Un béniqué n° 40 passe aussi sur conducteur, mais en râpant au passage.

Le palper du périnée révèle une zone cicatricielle cutanée souple : on ne sent pas de noyau fibreux périurétral.

Dans cette observation de M. Gruget, un premier fait est à retenir, c'est celui qui a trait à la *mobilisation* de l'urètre ; pour redonner à cet urètre entraîné de côté, dévié et coudé par une fracture de la branche ischio-pelvienne une direction convenable, M. Gruget a disséqué et isolé une grande partie de l'urètre périnéal. Il l'a fait avec succès, montrant ainsi une fois de plus la possibilité de ces grandes mobilisations de tout l'urètre périnéal sans danger pour sa circulation et sa vitalité.

Un autre point mérite de retenir l'attention, c'est celui d'une intervention pour rupture urétrale. Les interventions de M. Gouget se divisent en trois temps : incision périnéale, sonde à demeure, urétrectomie pour rétrécissement et urétrorraphie.

Ainsi conduite, l'opération est faite à l'ancienne manière, si je puis dire, et le résultat a été ici bon, mais il n'est pas et ne pouvait pas être très bon.

Il n'est pas très bon parce que la reconstitution de l'urètre a été

pratiquée ici sans dérivation urinaire. Dans ces conditions, la réunion est imparfaite, une filtration urinaire se produit nécessairement autour de la zone urétrale suturée avec ou sans sonde à demeure, et, ainsi que je le montrais en 1906 ici même, le résultat est toujours défectueux, alors même qu'il paraît immédiatement favorable.

Les sutures de l'urètre ne peuvent être tentées qu'avec ou qu'après une dérivation urinaire.

M. Gruget d'ailleurs le sait bien, et il s'en est préoccupé.

Il aurait bien voulu mettre en pratique ici la technique de Cabot, le drainage par l'urètre en arrière de la suture, mais son foyer de suture était si loin en arrière qu'il avait dû disséquer l'urètre membraneux, et il n'avait pas la place suffisante pour faire le drainage en arrière de ses sutures.

Mais il lui restait à mettre en pratique l'urétrostomie périnéale dont M. Guyon précisa la technique et dont j'ai ici même rappelé un jour les avantages. Au fond, je crois bien que M. Gruget pense avoir employé cette méthode qu'il attribue, à tort d'ailleurs, à Pasteau et à Iselin; mais s'il a cru l'utiliser, il ne l'a utilisée ni au moment voulu ni dans des conditions de technique qui en assuraient le succès.

Il s'agit, en effet, pour réussir, de faire au périnée, non une incision pour que les bouts s'ouvrent dans une plaie et se cicatrisent comme ils le peuvent, mais une urétrostomie minutieuse des deux bouts de l'urètre, une urétrostomie dans laquelle chaque bout de muqueuse soit totalement solidarisé avec de la peau, dans laquelle de la peau soit étendne entre les deux bouts de l'urètre urétrostomisé. Tout ceci n'est pas toujours simple à faire, ni facile à obtenir ; mais il faut insister, y revenir même dans des opérations successives et ne se décider à l'autoplastie finale que quand on est sûr de la perfection de sa stomie.

Quand je présentai, en 1906, ici, mes premiers résultats, le regretté Félizet me disait que cette méthode était impossible, irréalisable quand le bout postérieur est court. Depuis, j'ai pu l'utiliser dans ces conditions sur un malade qui avait rompu son urètre au niveau des aponévroses, et ne présentait, pour ainsi dire, aucune longueur à ce bout postérieur.

La stomie fut ici difficile; j'ai dû invaginer la peau à la rencontre de l'urètre postérieur; j'ai eu besoin de plusieurs opérations et de plusieurs mois de durée pour perfectionner cette urétrostomie. Depuis deux ans, l'autoplastie est faite et le malade présente un excellent canal.

Je crois donc que si M. Gruget s'était attaché à régulariser une urétrostomie périnéale au début, dans les jours qui suivirent la rupture, ou plus tard au cours de sa résection pour rétrécisse-

ment, il aurait assuré à son malade, avec un peu plus de temps, un résultat meilleur.

Mais après tout, mes critiques sont peut-être injustes et excessives puisque le résultat obtenu par M. Gruget est bon et que le cas était particulièrement difficile.

Je vous propose donc, Messieurs, de publier son intéressante observation dans nos Bulletins et de lui adresser nos remercîments.

M. Lejars. — Je voudrais simplement apporter ma contribution à la méthode que vient de signaler et de préconiser M. Legueu. Je la tiens pour excellente. Ma pratique est, certes, très inférieure à celle de notre collègue, en pareille matière, mais j'ai eu, pourtant, l'occasion d'opérer un certain nombre de ruptures traumatiques de l'urètre. Eh bien, j'avais l'habitude, pour peu que les conditions locales le permissent, de chercher à réunir primitivement les deux bouts, et, d'ailleurs, j'avais obtenu, de la sorte, quelques résultats heureux, des résultats immédiats tout au moins, car l'histoire ultérieure des opérés m'a montré aussi à plusieurs reprises que ces urètres réunis d'emblée par suture ne sont point restaurés définitivement et à l'abri des sténoses cicatricielles. C'est pour cela que, dans ces dernières années, j'ai traité deux ruptures traumatiques de l'urètre par la méthode de Guyon-Legueu : les deux bouts, repérés, ont été abouchés à l'incision périnéale, et ce n'est que plus tard, alors que la cicatrisation était dûment complète, qu'une paroi urétrale inférieure a été reconstituée par deux lambeaux cutanés superposés, suivant la technique indiquée par M. Legueu. La guérison a été parfaite chez mes deux opérés, et, j'ajouterai, durable.

Cette pratique ne laisse pas que d'être un peu longue et minutieuse : comme y insistait notre collègue, on doit mettre tous ses soins à réaliser une double urétrostomie périnéale aussi exacte que possible, autrement dit, affronter le plus régulièrement possible, sur chaque bout, la muqueuse à la peau ambiante ; et puis, ne pas se hâter de recourir à l'autoplastie complémentaire, mais attendre que la cicatrisation locale soit dûment achevée. Quoi qu'il en soit, le résultat définitif compense largement ces retards et ces quelques difficultés, et j'estime, pour ma part, que l'urétrostomie périnéale d'emblée est, en général, préférable aux essais d'urétrorraphie primitive, dans les ruptures totales.

M. Potherat. — Je rappellerai que je suis intervenu en 1891, dans un cas analogue à celui que vient de nous exposer M. Legueu.

J'ai pratiqué une urétrostomie périnéale, bien avant que cette pratique n'ait été érigée en méthode.

C'était dans le service de mon regretté maître Nélaton, que je remplaçais à la Maison Dubois. Il avait eu à soigner un blessé, homme ayant dépassé l'âge moyen de la vie, atteint de fracture du bassin avec lésion et déplacement en bas de l'urètre. M. Nélaton avait incisé le périnée une première fois, trouvé le bout postérieur de l'urètre, introduit une sonde dans la vessie, ramené cette sonde dans l'urètre antérieur. Il avait maintenu de longues semaines une sonde dans ce canal et le périnée s'était totalement refermé. Après quelques séances de dilatation aux béniqués, le malade avait quitté l'hôpital parfaitement rétabli et urinant correctement. Mais il ne tardait pas à revenir avec une rétention complète; toute tentative de catéthérisme s'étant montrée infructueuse, M. Nélaton avait à nouveau incisé le périnée, ouvert l'urètre et remis une sonde à demeure par le même procédé qu'il avait employé antérieurement. Cette fois, le catéthérisme permanent fut maintenu plus longtemps et les séances de dilatation plus nombreuses. Mais le malade s'en lassa et quitta l'hôpital, urinant bien. Bientôt, nouveaux accidents de rétention, impossibilité de cathétérisme, urétrotomie périnéale et cathétérisme par cette voie. Cette troisième intervention eut le sort des deux premières, et le malade revint à la Maison Dubois, alors que je remplaçais Nélaton. C'est alors que, après lui en avoir exposé toutes les conséquences, je lui fis une urétrostomie périnéale, qui réussit complètement et d'emblée, grâce à laquelle il put désormais uriner à volonté, tout en gardant une parfaite contention urinaire.

M. F. Legueu. — Je n'ai pas bien compris ce que vient de dire mon ami Potherat, mais il me semble qu'il a parlé d'une urétrostomie définitive.

C'est de toute autre chose que je parle : l'urétrostomie dont je parle n'est que temporaire. Elle ne dure qu'un, deux ou trois mois. Et quand on voit au fond d'un périnée deux orifices de muqueuse rouge séparés par une peau intacte, alors je fais l'autoplastie cutanée et réalise la guérison radicale.

C'est donc tout à fait différent de ce que faisait Potherat : son malade est un infirme.

M. Potherat. — Mon ami Legueu m'objecte que la constitution d'un méat périnéal définitif constitue une infirmité, et je vois plusieurs de nos collègues opiner dans le même sens.

Je vous accorde que ce n'est pas un idéal, mais c'est là une « infirmité », si « infirmité » il y a, utile et très utile en l'occur-

rence. Sans rappeler que toute une moitié de l'humanité, et non la moins gracieuse, a adopté la miction périnéale et ne s'en trouve pas plus mal, j'invoquerai l'aphorisme d'Hippocrate, absolument de mise ici : *Mengere aut mori*. Mon malade ne pouvait plus uriner; trois fois en peu de mois, il avait dû être opéré et il était menacé à nouveau d'une rétention ; il en avait assez. Après mon intervention, il ne pouvait uriner que dans la position accroupie, mais, fait d'importance capitale pour lui, il pouvait uriner à loisir. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il n'avait pas la moindre incontinence de ses urines. A l'encontre de mes collègues, il ne se plaignait aucunement de son « infirmité », et se déclarait très heureux du résultat obtenu par mon intervention.

Présentations de malades.

Mutilation du nez consécutive à une morsure de chien. Rhinoplastie,

M. H. Morestin. — Restaurer la partie postérieure de l'aile du nez est en général une opération plastique relativement facile, car dans le voisinage immédiat de la perte de substance les téguments fournissent aisément le lambeau nécessaire.

Il n'en va pas de même quand la brèche interrompt le contour narinaire au voisinage de la cloison, surtout quand elle est assez importante et creuse une profonde échancrure.

C'est ainsi que les choses se présentaient chez cette jeune femme victime d'un assez rare accident, le nez ayant été mutilé par une morsure de chien. La tâche était d'autant plus délicate qu'il s'agit d'une personne élégante et d'un visage fort gracieux.

J'ai emprunté au nez lui-même le lambeau assez étendu dont j'avais besoin et, après diverses retouches, je crois être arrivé à un résultat acceptable.

L'accident est survenu le 6 octobre 1910. Mme X... fut cruellement mordue par un chien danois de forte taille. Un des terribles crocs de l'animal pénétrant dans la narine droite eut vite fait d'arracher un très notable fragment du nez.

Appelé à donner mes soins à Mme X..., je constatai des dégâts considérables. La cavité narinaire était largement béante, et l'on pouvait évaluer à un travers d'index en largeur comme en hauteur l'étendue de la perte de substance subie par le revêtement

tégumentaire interne de la narine; du côté de la peau la brèche était plus vaste encore et remontait en haut jusqu'au squelette osseux et en avant s'étendait jusqu'à la ligne médiane.

De la partie externe du contour narinaire les deux tiers antérieurs avaient disparu. L'ouverture, béante, était bordée en arrière, en haut et en avant par des surfaces cruentées, très irrégulièrement déchiquetées.

Outre la blessure principale que nous venons de décrire, il y y avait d'autres plaies de la tempe et de la région sous-orbitaire, mais superficielles et peu étendues.

Il n'y avait pas lieu de tenter une réparation immédiate, l'intervention plastique devant s'effectuer dans des conditions infiniment meilleures, quand la plaie du nez serait désinfectée et réduite dans une certaine mesure par la cicatrisation spontanée.

C'est seulement le 8 novembre que j'entrepris la rhinoplastie. La figure 1 montre l'aspect du nez à ce moment. On devine autonr de la perte de substance toute une zone cicatricielle, particulièrement étendue en haut et en avant. Il fallait non seulement combler la brèche, mais bien évidemment faire aussi disparaître toute cette surface cicatricielle d'une vilaine coloration gris-violet.

A la limite de la peau saine et de la cicatrice, je traçai d'abord une incision contournant l'échancrure; je disséquai et détachai de haut en bas la lame cicatricielle, jusqu'au voisinage du bord libre, de façon à pouvoir la retourner face cruentée en dehors, face épidermisée en dedans.

Puis je taillai sur la face latérale droite du nez un grand lambeau, rectangulaire, ayant pour base la partie adhérente de l'aile du nez et un peu de la partie adjacente des téguments du sillon naso-génien et une longueur égale à la distance séparant le sillon naso-génien de la ligne médiane au niveau de l'extrémité antérieure du nez. J'eus bien soin, en disséquant la portion basse du lambeau, de dédoubler la paroi nasale, en respectant d'une façon scrupuleuse le plan profond, jusqu'au voisinage du pédicule même de ce lambeau. Je fis tourner le lambeau autour de son pédicule; de vertical, ou du moins de légèrement oblique en haut et en avant qu'il était, il devint horizontal, antéro-postérieur. La partie la plus antérieure de la portion de l'aile du nez respectée par le traumatisme faisait alors saillie en bas, au-dessous du plan où doit se trouver la limite normale du nez. La plaie d'emprunt fut pansée à plat et abandonnée provisoirement à la réparation spontanée.

Ainsi la paroi narinaire reconstituée était formée d'un double plan, l'un superficiel cutané, l'autre profond cicatriciel.

Les suites opératoires furent très favorables. La vitalité du lambeau, malgré ses dimensions par rapport à l'étroitesse de son pédicule, ne fut à aucun moment troublée. Il se réunit parfaitement aux téguments avec lesquels il entrait en contact.

Le plan profond, en dépit de sa minceur, ne fut pas éliminé et se souda au lambeau, qu'il doubla d'une façon très satisfaisante. Au sixième jour les fils, fils de soie extrêmement fins, furent retirés. La plaie d'emprunt, surveillée avec la plus grande sollicitude, se nivela et se réduisit énormément. En outre, se produisit un phénomène sur lequel je comptais un peu, une légère ascension de la partie postérieure du lambeau, corrigeant déjà la saillie un peu trop grande de la portion correspondante du nouveau contour narinaire.

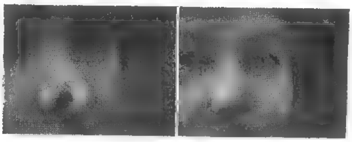


FIG. 1. FIG. 2.

Ce n'était là qu'un résultat brut qu'il convenait d'améliorer par une série de retouches. Je procédai à ces opérations complémentaires le 17 février, le 9 mai, le 6 et le 19 juillet 1911. Je soulevai le bord supérieur du lambeau au voisinage de la joue et supprimai une certaine quantité de graisse qui faisait une saillie assez accusée et rendait le nez asymétrique. Par excision graduelle de lobules graisseux, j'arrivai à modeler assez bien l'aile du nez. La peau, rendue plus souple et plus mobile, put être attirée en haut de façon à recouvrir une certaine étendue de la surface cicatricielle, déjà bien réduite par rapport à la plaie primitive. Par mobilisation de la peau des régions adjacentes de la racine du nez, de la moitié gauche du nez, de la région sous-orbitaire, je pus gagner beaucoup encore, si bien qu'en m'y reprenant à plusieurs fois comme je l'ai dit, j'ai pu effacer presque complètement cette cicatrice qui, actuellement, n'occupe plus qu'un tout petit territoire, au point qu'il est à peine croyable qu'un lambeau relativement aussi étendu ait laissé d'aussi faibles traces. J'ai, enfin, excisé ce qui persistait de la saillie que nous avons mentionnée au niveau du contour narinaire.

Après ces divers remaniements, je crois avoir obtenu tout ce que l'on pouvait espérer dans un cas difficile. Le nez est presque rigoureusement symétrique ; cependant, la narine droite, dont le contour semble très régulier, est légèrement plus étroite que celle du côté opposé, mais cette inégalité est peu

marquée, bien trop peu pour retenir l'attention, non plus que les très petites différences qu'un œil attentif pourrait encore percevoir entre la moitié droite et la moitié gauche de l'organe (fig. 2).

Bref, la malade est heureuse, après s'être vue défigurée, d'avoir un nez assez convenablement restauré pour reprendre son existence habituelle.

Cette observation me paraît intéressante à cause du résultat obtenu pour une perte de substance siégeant en ce point et offrant des dimensions assez étendues. J'insisterai sur l'effacement graduel de la cicatrice de la plaie d'emprunt par des excisions répétées et des mobilisations successives de la peau environnante, sur la reconstitution du sillon naso-génien, le modelage de l'aile du nez, et même l'ébauche d'un nouveau sillon de l'aile du nez, par l'extirpation de la graisse sous-cutanée, et enfin sur la bonne utilisation des tissus cicatriciels formant la margelle de la brèche, pour constituer un plan profond et assurer la restauration du contour narinaire.

Mutilation syphilitique du nez. Effondrement de la racine du nez par élimination importante du squelette et destruction assez étendue des téguments. Restauration à l'aide d'un lambeau frontal et d'un support cartilagineux.

M. H. Morestin. — Le traitement de l'ensellure du nez due à l'effondrement du squelette osseux offre des difficultés variables selon l'importance des éliminations osseuses et le degré de la difformité, mais surtout selon l'état des téguments, qui peuvent être normaux et mobiles ou, au contraire, cicatriciels, minces, fixés aux débris des os propres ou des apophyses montantes. Dans les cas de cette dernière catégorie la restauration est toujours délicate et même, on peut l'affirmer, réellement difficile. L'étoffe faisant alors défaut, il n'est pas possible de rien changer à la difformité, si l'on n'apporte, dans la région, des téguments nouveaux en quantité suffisante. De plus, si on ne leur donnait un support, le résultat resterait très médiocre. En prélevant un lambeau frontal, après avoir incorporé une baguette de cartilage sous la peau destinée à former ce lambeau, on arrive à corriger d'une façon satisfaisante ces dépressions, même quand elles sont très fortement accusées et accompagnées de cicatrices inextensibles et largement adhérentes.

La jeune fille que voici en est un exemple. Chez elle, les condi-

tions semblaient des plus fâcheuses et cependant le résultat ne laisse guère à désirer.

Mlle X... est actuellement âgée de vingt-quatre ans. Elle paraît avoir été contaminée par une nourrice. Elle en a eu six, prises au hasard, par la faute des circonstances, dans un pays et dans un milieu où ne pouvait s'exercer aucune surveillance médicale. Les parents, qui sont très robustes, ont eu douze autres enfants, chez lesquels on n'a pu relever aucun stigmate d'hérédité; cinq de ces enfants ont pourtant succombé, mais plusieurs années après leur naissance, emportés par des maladies aiguës diverses. Tous les survivants se sont très bien développés et jouissent d'une santé admirable. Notre malade, elle, est restée un peu chétive et de petite taille. Le front est un peu plus bombé que normalement. Pendant toute l'enfance et l'adolescence il n'est survenu rien qui ait attiré l'attention. Notons que ses dents n'offrent aucune trace de dystrophie et même qu'elles sont extrêmement belles et bien rangées.

Il y a quatre ans, Mlle X... présenta des symptômes d'obstruction nasale, gène inspiratoire, enchifrènement, sensation de corps étranger, besoin constant de se moucher. On incrimina une déviation de la cloison, puis l'hypertrophie des cornets; on cautérisa, on réséqua même des fragments desdits cornets. La situation ne s'améliora point, bien au contraire. Un écoulement muco-purulent s'établit, intarissable. Puis des abcès se montrèrent à la racine du nez. Des séquestres furent éliminés et l'affaissement de l'organe se produisit. Dans le même temps, se montra une kératite interstitielle du côté droit. Ces derniers événements éclairèrent la situation d'une façon tellement évidente qu'il ne fut plus possible de méconnaître l'origine des accidents et la pressante nécessité d'un traitement spécifique. Joint à un nettoyage local, ce traitement arrêta d'ailleurs immédiatement la marche progressive des lésions. Bientôt la cicatrisation survint. Du côté de l'œil, l'infiltration cornéenne disparut à peu près totalement, et il ne persista qu'un très léger obscurcissement de la vision.

La perméabilité nasale se rétablit complètement; il n'y eut plus ni gêne, ni souffrance, ni fétidité de l'haleine, ni écoulement muco-purulent.

Les choses étaient en cet état depuis trois ans quand la malade vint en France demander les secours de la chirurgie réparatrice. Si l'affection causale paraissait éteinte, ou du moins jugulée par un traitement énergique et prolongé, cette jeune fille se trouvait dans des conditions fort pénibles au point de vue esthétique. Elle présentait en effet une difformité très choquante et assez complexe, comme on peut s'en assurer en jetant les yeux sur ce moulage. Une dépression profonde occupait la racine du nez, dépression en

coup de hache, tellement accusée que le plan frontal et le dos du nez se réunissaient presque à angle droit au niveau de cet enfoncement.

Une des conséquences de la destruction assez étendue des os propres, des apophyses montantes et de la cloison avait été l'ascension et le relèvement de la pointe et de toute la partie inférieure du nez.

Mais cette ascension ne s'était pas faite d'une façon symétrique, l'élimination squelettique ayant été plus importante à gauche qu'à droite, il en était résulté un affaissement plus accusé à gauche, et une certaine inclinaison du nez tout entier de ce côté.

Enfin, une grande cicatrice irrégulièrement cruciforme occupait toute la dépression en coup de hache, et s'étendait de là vers le grand angle de chaque œil, sur le dos du nez et dans l'intervalle des sourcils.

Cette cicatrice était excessivement adhérente et les téguments du voisinage qui avaient déjà cédé beaucoup lors de la cicatrisation étaient peu mobiles.

Après toutes ces constatations défavorables, je remarquai avec plaisir que les fosses nasales étaient parfaitement libres, entièrement assainies, qu'il n'existait aucun indice de sinusite, et enfin que les voies lacrymales étaient perméables et fonctionnaient d'une manière absolument normale.

L'intervention réparatrice qui s'imposait devait avoir pour but fondamental de combler l'enfoncement en coup de hache de la racine du nez. Il fallait aussi s'efforcer de rendre à l'organe et sa direction et même un peu de sa longueur.

Il était assurément impossible de détacher la cicatrice adhérente sans ouvrir les fosses nasales, et plus impossible encore d'insérer un corps étranger sous ce revêtement mince, inextensible et peu viable. Je me décidai donc sans hésitation à prendre sur le front la peau nécessaire. Mais auparavant, sous cette peau, j'insérai une baguette taillée dans un des cartilages costaux, en lui donnant la longueur et la largeur appropriées au rôle qu'elle devait jouer plus tard. Ce fragment cartilagineux fut insinué dans une galerie souscutanée, verticale et médiane, par une très petite boutonnière pratiquée entre les sourcils.

Cette opération préliminaire avait eu lieu le 22 juin dernier et n'avait eu que des suites heureuses. Le corps étranger étant parfaitement toléré, le 14 juillet, je procédai à la correction de la difformité. Je commençai par exciser avec grand soin toutes les cicatrices, et ce premier temps ne fut pas trop facile. Il ne put s'effectuer sans ouvrir quelque peu les fosses nasales. Je mobilisai de mon mieux les téguments, et même le nez tout entier,

m'efforçant de le redresser et d'en abaisser la pointe. Ceci fait, je taillai un lambeau frontal, lambeau ovalaire ayant pour axe la baguette de cartilage. Ce lambeau était symétrique, sauf que j'avais placé son pédicule à gauche au niveau de la tête du sourcil et de la portion sous-jacente du grand angle de l'œil.

Ce lambeau fut tordu autour de son pédicule : la baguette de cartilage, axe du lambeau, devint l'arète du nez; une de ses extrémités s'appuyant sur le frontal, l'autre sur la partie médiane de l'infra-structure du nez. Bien entendu, ce cartilage n'était plus visible, il était enfoui dans une gaine celluleuse sous-cutanée qui fut soigneusement respectée.

Les bords de ce lambeau furent fixés par de nombreux fils de soie au contour de la plaie qui dessinait une sorte de grand losange, et je pus m'assurer qu'il s'adaptait assez exactement. Quant à la plaie d'emprunt, j'en fis la réunion immédiate selon une ligne verticale après avoir décollé et mobilisé la peau à droite et à gauche jusque sur les tempes. Cette fois encore, les suites furent bonnes; le lambeau ne me donna nul sujet d'inquiétude et s'unit primitivement sur tout son pourtour aux bords de la perte de substance qu'il avait comblée.

Ce résultat brut ne pouvait satisfaire ni la malade ni moi-même et quelques retouches etaient indispensables. J'y procédai dans le courant du mois d'octobre, à trois reprises différentes. Je supprimai la saillie conique qui, provenant de la torsion du pédicule, surplombait l'œil gauche: j'excisai, je rognai çà et là quelques petits excédents tégumentaires et mis toutes choses au point.

Voici maintenant mon opérée. Elle est, j'ose le dire, métamorphosée, et l'on peut s'en assurer en regardant comparativement le moulage initial. L'ensellure a disparu, le nez est en rectitude, sa pointe s'est abaissée d'une façon appréciable. La pièce chondro-cutanée s'adapte fort bien aux parties environnantes, sauf qu'il persiste une très légère coudure à son union avec la portion basse du nez, et dans son ensemble l'organe offre, en somme, une apparence très convenable. La cicatrice qui entoure cette pièce est peu visible et celle du front ne l'est déjà plus qu'à peine.

Permettez-moi d'ajouter que ce résultat contente pleinement l'opérée, dont la joie me fait réellement plaisir. Cette jeune fille a souffert infiniment d'un malheur immérité; pendant plus de trois ans elle a vécu en recluse, obsédée par sa triste difformité, pleurant sa vie gâtée et désespérant de tout avenir heureux.

Depuis quelques jours tout a changé pour elle. Elle a renoncé au masque et aux voilettes épaisses. Elle peut se promener sans attirer l'attention, visiter ses amies, aller au spectacle, reprendre, en un mot, l'existence normale, si longtemps interrompue.

Brûlures étendues et très graves. Difformités consécutives du membre supérieur. Symphyse thoraco-brachiale. Attitudes vicieuses du coude et de la main. Chéloïdes de la face. Staphylome cornéen. Opérations réparatrices diverses. Résection du segment antérieur de l'œil gauche.

M. H. Morestin. — L'histoire de Marthe B... est un exemple des difficultés sans nombre que comporte le traitement des brûlures graves. Elle m'a paru instructive, non seulement à cause du très grand danger immédiat, auquel la malheureuse enfant a échappé, mais surtout en raison de toutes les difformités et complications consécutives qu'il a fallu prévenir, réparer ou pallier dans la mesure du possible, au prix, il est vrai, de soins prolongés et d'une peine infinie.

Marthe a été admise à l'hôpital Tenon, dans mon service, salle Richard-Wallace, le 15 février 1910.

Le feu ayant pris à ses vêtements, elle avait été effroyablement brûlée. La face tout entière, une partie du thorax, les membres supérieurs et inférieurs avaient été atteints. C'étaient des brûlures du deuxième, du troisième et même du quatrième degré.

Les plus profondes occupaient l'avant-bras et le bras du côté droit, l'aisselle correspondante et les parties voisines du thorax, la partie antéro-interne du bras gauche, les deux cuisses, les genoux et le haut des jambes. Le membre supérieur droit avait été brûlé pour ainsi dire en totalité, et là où les téguments n'étaient pas secs et momifiés, ils étaient couverts de phlyctènes. Pour être plus limitées aux membres inférieurs, les lésions n'y étaient pas moins considérables ; dans le voisinage du genou, elles s'étendaient presque à toute la circonférence de la cuisse.

Sur la face tuméfiée horriblement, tout n'était que phlyctènes ou escarres. La lèvre supérieure, la racine du nez, le front avaient particulièrement souffert. Enfin, l'œil gauche avait été gravement compromis, et en écartant les paupières bouffies et elles-mêmes brûlées, on pouvait voir la cornée, terne, blanchâtre.

On fit sans retard tout ce qu'il était possible de faire pour soulager cette infortunée petite fille, nettoyer les portions demeurées saines de la peau, désinfecter et protéger les surfaces brûlées, et pour tenter de conserver l'œil gauche.

Pendant plusieurs jours, l'état de l'enfant parut désespéré ; pendant plusieurs semaines, il ne nous laissa que peu d'espoir de la sauver, et pendant plusieurs mois il nous donna sans cesse de grandes inquiétudes.

Il y eut au début de l'oligurie, et la très faible quantité d'urine émise contenait une proportion très élevée d'albumine. Puis l'en-

fant eut du délire, de la fièvre, une éruption septicémique scarlatiniforme sur les parties non brûlées des téguments, de la diarrhée. Puis elle se remonta un peu; mais tout son corps pour ainsi dire se couvrit de plaies par l'élimination des escarres et la suppuration des phlyctènes. Les pansements, excessivement longs et compliqués, étaient aussi fort douloureux, ils devaient comprendre les quatre membres, le thorax et la face.

L'enfant poussait des cris effroyables chaque fois qu'il s'agissait



Fig. 1.

de renouveler ces pansements. On s'occupait alternativement d'un côté, puis de l'autre. De temps en temps j'étais obligé de donner quelques bouffées de chloroforme pour refaire tous les pansements en une fois, nettoyer complètement l'enfant, curetter les plaies couvertes de bourgeons trop exubérants et les couvrir de teinture d'iode.

Pendant des mois ce fut ainsi; M... était d'une faiblesse extrême et allait toujours s'amaigrissant, bien que toute fièvre eût cessé après les quatre ou cinq premières semaines. La réparation s'ébauchait à peine, l'état de l'enfant ne permettait aucune intervention importante, et il était impossible aussi de trouver sur le sujet les matériaux suffisants pour greffer les plaies énormes dont elle était couverte.

Un de mes premiers soins avait été néanmoins, aussitôt que

j'avais pu soupçonner pour cette fillette quelque chance de salut, de suturer les paupières de l'œil gauche, pour essayer, sinon de sauver cet œil, du moins d'éviter sa suppuration.

Au bout de six mois enfin un changement heureux commença à se dessiner, les plaies montrèrent quelque tendance à se réparer, à se réduire, et l'état général devint moins mauvais. J'en profitai pour faire lever l'enfant et l'engager à marcher. Il fallut assez longtemps encore pour l'y décider, et en attendant je m'efforçai de mobiliser les jointures et d'empêcher la production des attitudes vicieuses.

Enfin, malgré des plaies encore considérables, Marthe prit le parti de marcher et d'aller jouer dans le jardin, et dès lors j'augurai bien de la guérison des membres inférieurs, bien persuadé que le mouvement est un facteur très important dans le traitement des brûlures et le meilleur moyen de lutter contre les difformités en train de s'établir. J'attribue à ce fait que l'enfant, entraînée par le jeu avec d'autres petites filles, et se promenant tout le jour dans l'hôpital, a sans cesse contracté ses muscles et mobilisé ses jointures, l'absence de toute difformité, de toute attitude vicieuse.

Du côté du membre supérieur droit, il n'en fut pas de même. L'enfant maintenait ce membre dans l'immobilité et se servait exclusivement de la main gauche. Cela se conçoit, car, là, nous l'avons vu, les lésions étaient prédominantes. De fait, malgré tous nos efforts, se produisirent des difformités assez accusées, dont la photographie ci-jointe donnera une idée assez nette (fig. 1). Il y eut symphyse thoraco-brachiale, l'abduction du bras était limitée à 45 degrés environ. L'extension de l'avant-bras devint impossible, une énorme bride s'était développée à la partie antérieure du coude, si bien que le mouvement d'extension ne pouvait guère aller au delà de l'angle droit.

En outre, la main présentait toute une série de déformations, liées non pas directement aux rétractions cicatricielles de la peau, car, à ce niveau, il n'y avait pas eu que des brûlures superficielles, mais à des troubles trophiques portant sur les téguments et le tissu conjonctif, et surtout aux perturbations apportées dans l'état des muscles, les uns parésiés, les autres rétractés, phénomènes qui me paraissent comparables à ce qui se passe à propos des arthropathies. Il y avait donc une flexion permanente de la main, et une attitude en griffe des doigts, principalement de l'index et du médius, la première phalange étant fortement redressée et les autres infléchies.

La photographie montre quelles étaient à la fin de 1910 les limites extrêmes des mouvements d'abduction du bras, d'extension du coude, de redressement de la main et des doigts.



FIG. 2.



FIG. 3.

D'autre part, si nous avions pu, à cette époque, obtenir l'entière cicatrisation des plaies de la face, tout n'était pas parfait de ce côté. Des chéloïdes volumineuses s'étaient développées en plusieurs points, sur les régions parotidiennes, principalement à droite, à la partie inférieure de la joue droite, dans la région sous-maxillaire gauche, sur le front, sur la partie droite du nez (fig. 2 et 3). En outre, la lèvre supérieure était considérablement rétractée vers le nez et éversée. L'oreille droite était un peu recroquevillée. Enfin, l'œil gauche, définitivement perdu, faisait une saillie très accusée sous les paupières fermées.

Les difformités du membre supérieur droit ne pouvant manquer de s'accentuer de plus en plus, je me décidai à commencer les opérations réparatrices, bien qu'une vaste plaie occupât encore les faces interne et postérieure du bras.

Le 9 février 1911, je procédai à une première intervention dirigée contre la symphyse thoraco-brachiale. Tout d'abord, j'excisai la surface ulcéreuse occupant la partie interne du bras. Puis je sectionnai les brides qui s'étendaient du bras au thorax en masquant l'aisselle, ou plutôt toute une masse dense de tissu fibreux, dont certaines parties un peu plus saillantes formaient brides. Je libérai complètement le bras et m'arrêtai seulement quand il fut facile de le porter au plus haut degré d'abduction. Je taillai alors un grand lambeau dorsal, lambeau qui était emprunté aux téguments de la fosse sous-scapulaire et de la partie sous-jacente du dos. Son pédicule répondait à l'épine de l'omoplate. Il présentait huit centimètres de large et dix de long, dimensions assez considérables pour le sujet, et cependant insuffisantes à combler la large plaie créée par la section du pont thoraco-brachial. Ayant donné à ce lambeau une direction antéro-postérieure, j'en couvris le fond de l'aisselle et suturai seulement son extrémité à la limite antérieure de la plaie axillaire, au niveau du bord inférieur des pectoraux. La plaie d'emprunt put être très fortement diminuée par des sutures fixant sa lèvre postéro-inférieure aux muscles, après l'avoir attirée le plus possible en haut et en avant. Enfin la plaie brachiale fut couverte de greffes dermo-épidermiques prises sur la fesse.

Le bras fut fixé en abduction à angle droit avec le tronc. Je n'omis point de profiter de l'anesthésie pour mobiliser énergiquement le poignet et les doigts.

Les suites furent satisfaisantes. Non seulement la large bande de peau couvrant l'aisselle ne souffrit aucunement dans sa vitalité, mais elle s'adapta fort bien à sa situation nouvelle et se modela sur les parties sous-jacentes. Pourtant, au bout de peu de temps, je vis bien que le résultat n'était pas encore parfait, qu'une

nouvelle bride tendait à se former à la partie antérieure de l'aisselle, et qu'il faudrait de nouveau briser cette résistance qui bientôt limiterait encore, quoique dans une proportion bien moindre, les mouvements du bras. Les greffes du bras avaient réussi, et désormais il n'y eut plus sur ce segment du membre supérieur aucune surface non épidermisée.

Quant à la plaie d'emprunt dorsale, réduite comme nous l'avions laissée par des sutures, elle acheva de se fermer spontanément, avec, il est vrai, un peu de lenteur.

Le 8 avril, je pratiquai une nouvelle autoplastie. La bride qui

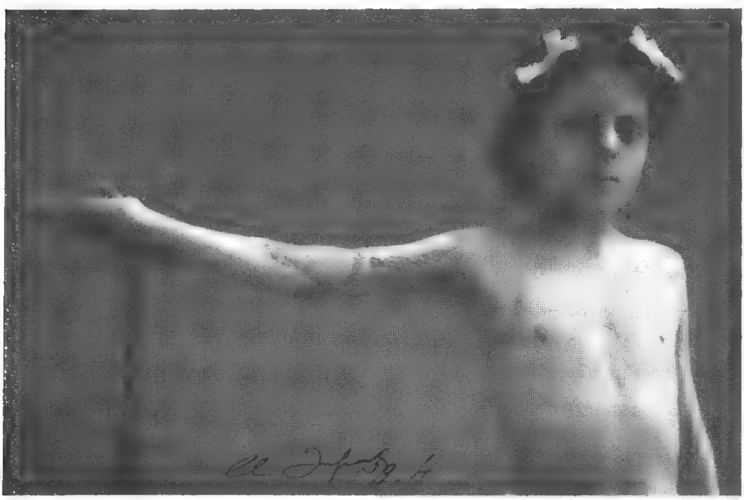


Fig. 4.

s'était reformée était assez mince. J'incisai le long de son bord saillant, c'est-à-dire sur la cicatrice unissant le bout du lambeau jadis taillé dans la région dorsale et les téguments pré-pectoraux. Après avoir détruit à nouveau tous les tissus fibreux susceptibles de contrarier les mouvements du bras, je prélevai un autre lambeau rectangulaire plus petit que le précédent, sur la partie antéro-latérale du thorax ayant un de ses côtés longs dans le prolongement de l'incision que je viens de mentionner. Ce lambeau était donc à peu près vertical. Sa base répondait à la région pectorale. Je le fis tourner de bas en haut et d'avant en arrière, de façon à ce que son extrémité fût en contact avec celle du lambeau dorsal auquel je le suturai.

Le 27 avril, je m'attaquai à la difformité du coude. Celui-ci ne

s'étendait plus au delà de l'angle droit. Une énorme bride s'étendait de la face interne du bras à la partie supéro-externe de l'avant-bras. Une autre coulée fibreuse plus courte, et moins saillante, mais non moins résistante, descendait du bras sur l'avant-bras à la partie externe de la région. Je sectionnai ces brides et libérai par dissection les bords de la plaie. Je pus alors redresser l'avant-bras et le porter dans la rectitude. La basilique avait été blessée; j'en fis la ligature. L'avant-bras étant en extension, la plaie du coude béante offrait des dimensions considérables toujours pour le sujet dont nous nous occupons, neuf centimètres en hauteur, huit en largeur. Pour la combler, je pris un grand lambeau thoraco-abdominal dont la plaie d'emprunt pût être immédiatement refermée par décollement de ses bords.

Le 20 mai, je tranchai le pédicule de ce lambeau, j'achevai de l'adapter, je redressai encore l'avant-bras, qui avait toujours tendance à se remettre en flexion, et sectionnai quelques brides secondaires formées sur la partie antérieure de l'avant-bras, en donnant à ces sections la forme de V, ce qui est un procédé ancien et bien connu d'allonger les coarctations cicatricielles.

Le 24 juin je procédai au redressement forcé de la main et des doigts, que je fixai en extension sur une attelle.

Cependant tout n'était pas fini du côté de l'aisselle : une bride s'y reformait, moins accusée certes que précédemment et apparaissant seulement quand le bras était fortement écarté. Voulant donner à l'enfant la totalité de ses mouvements, je fis encore, le 1er juillet, une opération dirigée contre cette bride. La faisant tendre au maximum par l'abduction du bras, je la dédoublai par une incision suivant son bord libre. De chaque extrémité de cette longue incision, j'en fis partir une autre plus courte. De ces incisions accessoires l'une se détachait de l'extrémité supérieure, se portant obliquement en bas et en avant; l'autre, de l'extrémité inférieure, se portant en haut et en arrière. En s'ajoutant à l'incision première, elles traçaient deux lambeaux angulaires; après les avoir disséqués, je les échangeai; l'antérieur devint inférieur, le postérieur, supérieur, et je suturai. Cette fois, la guérison était acquise et je n'eus plus à m'occuper de l'aisselle, ni même du membre supérieur droit, sinon pour assouplir encore de temps en temps la main et les doigts par des mouvements un peu forcés. Comme les doigts avaient toujours un peu tendance à s'infléchir, je fis chaque soir appliquer et fixer les doigts en extension sur de petites attelles. On ôtait ces appareils le matin et l'enfant se servait à sa guise de sa main pendant toute la journée. Cependant que le traitement nocturne luttait efficacement contre les attitudes vicieuses, la mobilisation diurne spontanée corrigeait les inconvénients

qu'aurait pu avoir ce traitement au point de vue de la souplesse des articulations et du jeu des muscles.

Pendant cette série d'opérations sur le membre supérieur, je ne m'étais pas désintéressé de la face. Les chéloïdes avaient été traitées d'abord par des injections locales de fibrolysine, mais sans succès. J'eus recours ensuite à des injections de formol au tiers dans l'épaisseur des cicatrices difformes. Les chéloïdes cessèrent de progresser, et même elles rétrocédèrent dans une certaine mesure en devenant d'une dureté extraordinaire. J'en fis alors l'extirpation ; j'appliquai immédiatement des greffes dermo-épidermiques sur les surfaces cruentées résultant de cette excision. Ces greffes ont été plus tard et sont actuellement encore un peu soulevées par des productions fibreuses sous-jacentes, mais par rapport à l'état ancien il y a un progrès très réel et la modification est très avantageuse.

Je m'attachai surtout à améliorer l'aspect du nez par l'excision des cicatrices difformes et saillantes et leur remplacement par des greffes.

Je traitai de la même manière l'ectropion de la lèvre supérieure. J'extirpai tout le tissu cicatriciel, et, après avoir ramené le bord de la lèvre dans sa situation correcte, je couvris toute la surface avivée d'une bande dermo-épidermique prélevée au rasoir sur une des fesses. Je suturai cette bande au bord libre de la lèvre, et je disposai le pansement de façon à empêcher par une exacte et douce compression le déplacement de cette greffe. Cette opération apporta encore dans la physionomie de l'enfant un changement très avantageux.

Quant à l'œil gauche, qui formait sous les paupières une saillie globuleuse, comme il était irrémédiablement perdu, inutile et immontrable, je pris le parti d'en réséquer le segment antérieur, pour permettre le port d'un œil artificiel. Le 17 octobre dernier, je désunis les paupières et pus m'assurer qu'il y avait un staphylome cornéen total. Transfixant le globe à trois millimètres environ du limbe scléro-cornéen, je supprimai la cornée, l'iris, le cristallin, la zone ciliaire. Puis je suturai la plaie scléroticale selon une ligne transversale. Il y avait eu issue partielle du vitré ; j'enfermai dans le sac sclérotical ce qui en restait.

Cette intervention a laissé un moignon, mobile en tous sens, ayant conservé toutes les attaches des muscles moteurs du globe. Au bout de très peu de jours, j'ai pu faire porter à l'enfant un œil artificiel. La pièce prothétique évolue dans l'orbite comme un œil normal et, cette fois encore, il y a eu grand bénéfice pour la malade au point de vue esthétique.

L'enfant doit quitter demain mon service. Mon rôle est terminé.

Toutes ses plaies sont cicatrisées, elle ne garde aucune difformité choquante, ni d'attitude vicieuse. En ce qui concerne particulièrement le membre supérieur droit qui nous a donné tant de peine, remarquez avec quelle aisance M... exécute tous les mouvements de toutes les jointures, petites ou grandes, dans toute leur étendue (fig. 4, 5, 6).



Fig. 5.

A cette observation trop longue, permettez-moi d'ajouter quelques courtes réflexions.

Loin d'attendre que les difformités par cicatrices soient constituées, pour essayer d'y porter remède, il convient d'agir contre elles d'une façon précoce autant qu'énergique. Les opérations plastiques, même sans parler des greffes dermo-épidermiques, peuvent donc et doivent même être assez souvent entreprises bien avant la cicatrisation terminée. Dans la lutte incessante contre les difformités qui succèdent aux brûlures, en intervenant de bonne heure, on peut espérer un résultat meilleur au point de vue fonctionnel surtout, que par des opérations retardées jusqu'à l'époque où les difformités sont constituées.

On arrive d'ailleurs, dans une très large mesure, à prévenir l'installation des attitudes vicieuses et des difformités par les soins quotidiens donnés dès le début, par la désinfection de la brûlure, puis par la surveillance attentive et quotidienne des plaies, la minutie dans les pansements, au besoin les petites interventions telles que le curettage des surfaces suppurantes, enfin et surtout par la mobilisation des membres brûlés et l'entretien des muscles.

Je voudrais insister sur ce dernier point qui me paraît capital. Les difformités sont en grande partie engendrées par la

suspension de la mobilité active des muscles et des articulations, par leur inutilisation prolongée. Ces muscles subissent d'ailleurs une véritable parésie, comparable à celle que l'on observe au cours des arthropathies.



Fig. 6.

Dans l'étude des difformités consécutives aux brûlures, on retrouve à chaque instant la marque des atrophies et des rétractions musculaires dans la genèse des attitudes vicieuses. En conséquence, j'attache une importance extrême à combattre, avant leur formation s'il se peut, les attitudes anormales, en faisant appel à la mobilisation méthodique. Comme ces manœuvres sont parfois très douloureuses, il ne faut pas hésiter à recourir, pour les pratiquer convenablement, à une courte anesthésie, si le malade ne s'y prête pas autrement. Mais, pour réussir plus complètement, il faut tâcher d'obtenir la collaboration du malade lui-même et le décider à exercer volontairement ses muscles. Je n'hésite pas notamment à le faire marcher quand la brûlure siège au membre inférieur. En combinant cet exercice des muscles avec l'application d'appareils de soutien ou de traction, quand la région le permet, avec les mobilisations forcées sous anesthésie, et bien entendu avec un traitement correct des plaies, on arrive à prévenir une foule de difformités, et, quand elles se produisent néanmoins, les efforts n'ont pas été perdus, car elles sont dans ces conditions moins graves et d'une cure moins pénible. On peut dire que la surveillance attentive des membres brûlés, exercée dès le début avec

la constante préoccupation de l'attitude vicieuse à éviter, permet, sinon de mettre régulièrementles malades à l'abri des difformités, du moins de les guérir mieux et plus vite et de leur épargner presque sans exception les difformités incurables.

Ces considérations s'appliquent encore mieux à l'enfant qu'à l'adulte, puisque, dans le jeune âge, aux attitudes vicieuses viennent bientôt s'ajouter sur le membre laissé dans l'immobilité prolongée pendant l'évolution des plaies, suites de brûlures, des arrêts de développement, contre lesquels viennent échouer plus tard tous les efforts de la chirurgie plastique.

Coxa-vara double chez un enfant de 5 ans.

M. Savariaud. — Le diagnostic des affections de la hanche, en raison de la profondeur de cette jointure et du peu de variété que présente sa séméiologie, demande toujours un examen complet, même dans les cas les plus simples en apparence. Faute de se conformer à ce précepte, il nous arrive à tous de commettre des erreurs de diagnostic que la radiographie a beau jeu à mettre en évidence. Encore cette dernière a-t-elle besoin d'être soumise à la critique, ainsi qu'on va le voir tout à l'heure.

L'enfant que je vous présente est un exemple frappant des différents diagnostics erronés auxquels peut conduire un examen trop rapide, puisque pour ce cas, en réalité assez simple, il n'a pas été fait moins de trois diagnostics différents avant d'arriver au bon qui est celui de coxa-vara double plus marquée à droite.

Lorsque cette enfant, alors âgée de 4 ans, se présenta pour la première fois, il y a un an, à la consultation de Trousseau, on fit le diagnostic de coxalgie droite probable; on mit l'enfant en observation pendant un mois, puis on lui fit un plâtre en attendant son départ pour Berck. A Berck, on enleva le plâtre et on la garda six mois. De retour à Paris, elle vient nous voir et, là, nous fûmes tellement frappés de sa démarche, que nous fîmes sans plus ample examen le diagnostic de luxation congénitale. Une chose nous chiffonnait cependant, si j'ose dire, c'est que l'un de nous eût pu un an auparavant penser à une coxalgie. Ceci aurait dû nous mettre sur la voie, mais, sans approfondir, on mit ce diagnostic sur le compte d'une erreur commise pendant les vacances, et ce n'est que ce matin, au moment de pratiquer la réduction, que je demandai la radiographie. Mon premier mouvement fut un mouvement de surprise agréable. L'aspect de la hanche droite était si frappant que je crus être en présence d'une affection que je considère comme extrêmement rare chez l'enfant (je ne dis pas l'adolescent), savoir la fracture intra-capsulaire du col fémoral. Il

existait, en effet, à l'union de la tête et du col, un trait sombre qui simulait absolument un trait de fracture. J'allais donc incriminer, ainsi qu'on l'a fait bien souvent sans preuve, une chute méconnue, lorsque je m'avisai de reporter mes regards sur l'image radiographique du fémur gauche. Je n'eus pas de peine à y reconnaître les signes d'une coxa-vara au début, moins accusée que du côté droit, mais fort nette tout de même (angle d'inclinaison = 80 degrés à droite et 105 environ à gauche).

Pour terminer, je répéterai ce que j'ai eu l'occasion de dire à plusieurs reprises, savoir que la coxa-vara spontanée est loin d'être rare. A l'encontre de ce qu'a observé M. Broca, je la crois plus fréquente chez l'adolescent, mais j'avoue que le nombre des cas observés par moi est trop restreint pour que je puisse en tirer une règle générale.

Quant au pronostic de la coxa-vara chez l'enfant, il est bénin : et dans un cas semblable à celui-ci j'ai pu obtenir la *restitutio ad integrum*, constatée par la radiographie, sous l'influence du traitement général et du repos sans appareil.

J'ajoute que c'est à dessein que je n'ai pas désigné mon cas sous le nom de coxa-vara rachitique, parce que cette enfant ne présente aucun autre signe de cette affection. Bien qu'il s'agisse là sans doute d'un cas de rachitisme local, je préfère rester dans l'incertitude. Cette réserve m'est imposée par ce que j'ai dit plus haut et aussi par cette considération que la ligne sombre, qui sur le négatif simule un trait de fracture, ne me paraît pas occuper la place du cartilage de conjugaison qui, on le sait, est ordinairement élargi lorsqu'il est atteint de rachitisme.

Péritonite « in extremis », guérie par laparotomie et entérostomie combinées.

M. SAVARIAUD. — L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter guérie, peut être considérée comme un beau succès à l'actif de la chirurgie quand même. Lorsque mon interne, M. Dutheilhet de Lamothe, se décida à appeler mon collègue M. Veau, l'enfant était au plus bas. Mon ami Veau la trouva si mal, qu'il ne voulut pas y toucher lui-même, qu'on me passe l'expression, et qu'il la fit opérer sous ses yeux et suivant ses indications par mon interne.

Une laparotomie sous-ombilicale permit d'évacuer un litre de pus, vraisemblablement d'origine non appendiculaire (l'enfant avait de la vulvite). Sur le conseil de Veau, mon interne incisa une anse grêle, la vida et la fixa par quatre crins à la peau. L'enfant guérit, et même assez rapidement ; car lorsqu'on me la montra, le lendemain, elle paraissait à peu près hors de danger, ou tout au moins en bonne voie.

L'anus portant sur le grêle, il y avait urgence à en pratiquer la cure, mais pour diverses raisons, et notamment à cause d'une rougeole intercurrente, celle-ci ne put avoir lieu qu'un mois après. Il y avait un érythème intense de la paroi et un état de dénutrition avancé. Je fis la résection de l'intestin suivie d'entéro-synthèse avec le bouton de Murphy. La guérison se fit sans encombre.

Fracture incomplète du tibia de cause indirecte.

M. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, une fracture du tibia qui offre un tout petit intérêt, digne cependant d'être souligné parce qu'il représente, je pense, un stade du mécanisme de la fracture de jambe de cause indirecte, de la fracture qui siège à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, fracture à trait oblique, avec fissure verticale, descendant vers l'articulation tibio-tarsienne. Dans la fracture de jambe complète, le péroné est cassé beaucoup plus haut que le tibia et on admet communément que la fracture péronière est secondaire à la fracture tibiale.

Chez mon malade, charretier de quarante-cinq ans, renversé sur la voie publique par sa voiture, que venait d'accrocher un tramway, nous observons les conditions étiologiques habituelles des fractures obliques de jambe. Or, quand il fut amené à l'hôpital, le malade n'avait ni déformation de la jambe, ni mobilité anormale, ni crépitation; cependant l'impotence à la marche était absolue, et il existait une douleur très vive, localisée à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du tibia. C'était insuffisant pour affirmer une fracture; je fis donc faire une radiographie par le Dr Bonniot, radiologue de l'hôpital Broussais. Cette radiographie, que je vous présente, montre nettement une fracture oblique de haut en bas, à fragments en biseau, complète en avant et en dedans, incomplète en arrière. Vers le milieu du trait de fracture on aperçoit une fissure verticale descendant vers l'articulation du cou-de-pied, qu'elle n'atteint pas. Le péroné est intact dans toute sa hauteur. Il y a donc là, dans les conditions et la forme habituelles de la fracture d'Ambroise Paré, une fracture oblique du tibia.

Cette fracture est incomplète; le mécanisme n'a pas été poussé jusqu'à ses conséquences extrêmes. Le péroné est intact, et c'est surtout sur ce fait que je voulais insister, car il me semble donner raison à l'opinion qui veut que le péroné ne se casse que lorsque s'est réalisée la solution de continuité *complète* du tibia.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. les Drs OMBRÉDANNE et JACOB, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une observation de M. CAILLAUD (de Monaco), intitulée : *Brûlures des deux membres supérieurs par un courant électrique de 10.000 volts. Double amputation du bras intradeltoïdienne. Guérison.*

— Renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. BROCA est nommé rapporteur.

4°. — Une observation de M. GUICHEMERRÉ, médecin-major au Kef (Tunisie), intitulée : *Kyste hydatique suppuré développé aux dépens de la vessie.*

— Renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. ARROU est nommé rapporteur.

5°. — Une observation de *Gangrène par embolie de l'artère fémorale. Amputation au tiers inférieur de la cuisse. Désobstruction du bout supérieur du vaisseau. Guérison*, par M. THÉSÉE PAPADOPOULO, de Constantinople.

— Renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

6°. — Un fascicule du Dr Georg PREISER (de Hambourg), intitulé : *Statische gelenkerkrankungen*, mit 272, Abdildungen im Text.

A propos de la correspondance.

M. Monod. — J'offre à la Société de Chirurgie, au nom de M. le Dr Raffray (de l'île Maurice), ancien interne des hôpitaux de Paris, un volume intitulé : *le Péril alimentaire*, auquel on pourrait donner pour sous-titre : *l'Art de vivre longtemps*.

Je me permets de recommander, même aux chirurgiens, la lecture de cet ouvrage, à leur plus grand profit aussi bien qu'à celui de leurs malades.

M. le Président. — J'adresse les remerciements de la Société à M. Monod et au Dr Raffray.

Lecture.

Abcès amibien du cerveau, opéré chez un malade ayant présenté plusieurs rechutes de dysenterie et deux abcès du foie successivement opérés et guéris. Mort, autopsie, histologie et cultures bactériologiques, par M. Legrand (d'Alexandrie).

— Le travail de M. Legrand est renvoyé à l'examen d'un Commission, dont M. Jacob est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'asepsie des mains par l'alcool.

M. Pierre Delbet. — Dans la précédente séance, mon ami Savariaud a fait un rapport sur un travail de M. Marquis qui concerne le lavage des mains par l'alcool.

Savariaud n'a pas donné le détail des expériences de M. Marquis. Si j'ai bien compris, on a gratté les doigts, les sillons sous-unguéaux, la sertissure des ongles pour faire les ensemencements.

Je vous ai communiqué des expériences de ce genre il y a onze ans. Je brassais des cultures de staphylocoque, de streptocoque, de vibrions septiques, puis, après m'être lavé les mains avec de l'alcool et du sublimé, je les tendais à M. Ravaud, qui faisait des prélève-

ments épidermiques par grattage. En procédant ainsi, nous avons obtenu le même résultat que M. Marquis a récemment retrouvé; mes mains étaient stériles.

Mais cela ne prouve absolument rien parce que la technique est mauvaise.

A. Reverdin et Massol ont repris cette question de la stérilisation des mains et leurs expériences ont été faites avec une technique bien supérieure. Ils sont arrivés à ce résultat que l'eau oxygénée est le meilleur antiseptique pour la peau, mais qu'elle ne garantit pas l'asepsie.

Frappé de la perfection de l'outillage de M. Massol, je lui demandai de bien vouloir répéter ces expériences avec moi. Il s'y prêta avec obligeance. Je me rendis donc à Genève, dans son laboratoire, en 1908. Voici comment nous procédâmes :

Je brassais des cultures de subtilis, de prodigiosus et de mesentericus. Chaque fois je séchais mes mains en les plaçant dans le courant d'air d'un ventilateur. C'est après dessiccation complète que je commençai le nettoyage, lavage à l'eau et au savon, puis à l'alcool et à l'eau oxygénée à 12 volumes. Lorsque je croyais mes mains aseptiques (et j'avais des raisons de les croire telles puisque, dans des conditions analogues, M. Ravaud avait constaté qu'elles l'étaient), je les introduisais dans de larges ballons remplis de bouillon et pendant cinq minutes je les frottais; toutes les précautions étaient prises pour éviter pendant les manipulations les contaminations extérieures.

Pour apprécier d'une manière approximative le nombre des microbes abandonnés par mes mains, la totalité des bouillons des bocaux a été répartie dans 514 tubes.

Les 514 tubes ont cultivé.

Depuis ce temps je n'opère jamais sans gants.

Lorsque les mains sont souillées par des cultures de microbes à spores résistantes, je ne crois pas qu'on puisse être sûr de les stériliser.

Des tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes.

M. H. Morestin. — La question soulevée par le rapport de M. Lejars m'a paru d'un grand intérêt. Le diagnostic entre les sarcomes et certaines tumeurs d'origine inflammatoire offre parfois, en effet, des difficultés presque insurmontables, et ces obscurités cliniques peuvent conduire à de déplorables erreurs de traitement. On ne saurait donc apporter trop d'attention à l'étude de ces cas un peu troublants, où les investigations les plus sagaces

et les mieux ordonnées ne suffisent pas à nous guider d'une façon satisfaisante.

Je pourrais rapporter ici quelques faits empruntés à la chirurgie de la face ou du crâne, mais je me limiterai aux tumeurs inflammatoires des membres. Encore n'ai-je pas du tout l'intention d'envisager toutes les confusions possibles entre les sarcomes, les ostéomyélites chroniques, les syphilomes des os, les tumeurs blanches, les cals hypertrophiques, parce que tout cela est classique, et que l'on est en garde contre ces méprises.

Certaines suppurations profondes à marche très lente, torpide et s'accompagnant d'un énorme processus de sclérose, peuvent plus aisément nous tromper, car on est moins prévenu peut-être de cette évolution possible de quelques phlegmasies des membres. J'en ai vu notamment deux exemples que vous me permettrez de rappeler brièvement.

Le premier cas, observé à l'époque où j'étais interne de Richelot, m'a beaucoup frappé : il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, entré à l'hôpital Tenon, avec une tumeur de la cuisse gauche, tumeur volumineuse, saillante à la partie antérieure, soulevant des téguments intacts, complètement indolente et d'une dureté uniforme. Elle était indépendante de l'articulation du genou, collée au fémur, et l'on ne pouvait dire si elle avait pris naissance dans l'épaisseur des tissus ou aux dépens du périoste.

Après des examens soigneux et répétés, on dut s'arrêter, à défaut de toute autre interprétation valable, à l'idée d'un sarcome ; le malade fut averti qu'il faudrait probablement lui amputer la cuisse très haut ou lui désarticuler la hanche, si ce diagnostic était confirmé par l'incision exploratrice que l'on ne manquerait pas de pratiquer tout d'abord. Il y consentit, et le jour de l'intervention il s'endormit, persuadé qu'il avait fait le sacrifice de son membre inférieur. Mais, heureusement, l'incision de la tumeur, après avoir traversé une énorme épaisseur de tissus scléreux très durs, ouvrit une collection purulente, d'ailleurs peu abondante, dont le drainage amena une guérison prompte et complète.

Plus récemment, au moment (en 1906) où je succédai à notre cher collègue Albarran, comme chirurgien de la Maison Dubois, je trouvai dans le service une jeune fille de vingt ans, que les internes me présentèrent comme atteinte d'un sarcome du bassin inopérable. La maladie avait évolué avec lenteur, sans qu'elle eût à aucun moment éprouvé de souffrance notable. Le diagnostic de sarcome fait avant son entrée à Dubois, avait été accepté et n'avait pas été modifié pendant son séjour dans l'hôpital. Je ne vis moi-même d'abord aucune raison de le rejeter. Cette malade

semblait profondément cachectique. Un énorme empâtement englobait à gauche l'os iliaque et la racine du membre. Cette grosse tumeur très dure n'était pas douloureuse. Nulle part il n'y avait trace de fluctuation : les téguments était légèrement adhérents, sans changement notable de coloration. L'articulation de la hanche était englobée, mais on pouvait s'assurer que certains mouvements persistaient et qu'on pouvait les exécuter sans provoquer de souffrances. Il y avait un œdème très notable du pied correspondant et de la partie inférieure de la jambe. Rien ailleurs. Je fus bien forcé d'admettre que ce diagnostic était très vraisemblable, et aussi qu'il n'y avait rien à tenter. Cette jeune fille paraissait donc perdue sans ressource; et les parents, auxquels on n'avait pu laisser aucun espoir, étaient résignés à la mort prochaine de leur enfant. Bientôt cependant je remarquai quelques ascensions thermiques, puis une rougeur légère des téguments et je conçus quelques doutes. Je me décidai à faire une incision pour les éclaircir, et j'eus de la peine à obtenir l'autorisation de cette tentative. J'incisai donc sur la partie de la tumeur correspondant à la fosse iliaque, et après avoir traversé une très grande épaisseur de tissus extrêmement vasculaires, je finis par évacuer un abcès situé très profondément sous le facia iliaca. Ceci amena dans le délai d'un mois la guérison de cette pauvre fille, dont l'état avait paru désespéré.

De tels faits ne sont pas sans importance, mais je n'aurai garde d'y insister, la discussion actuelle devant, je pense, viser spécialement les cas où la difficulté est non seulement considérable au point de vue clinique, mais se prolonge jusque dans l'étude anatomo-pathologique.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent les deux observations suivantes.

En l'année 1900, comme je remplaçais M. Lejars à l'hôpital Tenon, j'eus l'occasion d'observer une femme de vingt ans, Mme G..., qui présentait à la partie postérieure de la cuisse droite une tumeur du volume des deux poings, tumeur très dure, à limites indécises, logée dans l'épaisseur des muscles, sans adhérence à la peau, sans adhérence au squelette. La partie inférieure atteignait la limite supérieure du creux poplité. Sous la peau de cette dernière région on notait deux petites masses dures, grosses comme des noisettes, fixées à l'aponévrose, et qui semblaient des noyaux erratiques de même nature que la tumeur principale.

La malade nous raconta que depuis plusieurs années elle avait constaté l'existence de la tumeur de la cuisse, qui était petite et ne la gênait point, que cette tumeur avait commencé à prendre

des proportions à l'occasion d'une grossesse survenue six mois auparavant, grossesse qui s'était interrompue au troisième mois, et que depuis elle n'avait cessé d'augmenter avec une rapidité croissante.

Elle n'en souffrait pas. Il n'y avait aucune modification de l'état général, pas de ganglions inguinaux. Je recherchai inutilement la syphilis, la tuberculose. Bref, je m'arrêtai au diagnostic de sarcome, me réservant de confirmer ce diagnostic par une incision exploratrice.

Le 28 septembre, j'opérai la malade; la tumeur incisée me parut indiscutablement un sarcome. J'en fis donc l'extirpation, qui fut très laborieuse. Grâce à une incision de plus de 25 centimètres, je l'isolai, passant en tissus sains le plus loin possible du néoplasme. Je supprimai donc le demi-membraneux, le demi-tendineux, la plus grande partie du troisième adducteur et du deuxième adducteur. Je disséquai le tronc du sciatique sur une grande hauteur et les vaisseaux fémoraux par derrière, depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'au creux poplité. Bien entendu, les deux tumeurs superficielles accessoires avaient été sacrifiées dès le début.

La femme guérit fort bien de cette intervention et je pus constater bientôt que la suppression de plusieurs muscles de la cuisse ne semblait la gêner en aucune façon.

L'examen macroscopique de la pièce semblait tout à fait démonstratif, et aucun doute ne persistait dans notre esprit. Cependant, la tumeur fut remise avec force recommandations à un histologiste très distingué. Malheureusement, cette pièce importante fut égarée par la négligence de l'homme de laboratoire auquel je l'avais confiée.

Le 23 novembre suivant, mon opérée revint me voir. Elle me montra une nouvelle tumeur développée sur les limites du mollet et du creux poplité, masse dure, mal limitée, indolente, subadhérente à la peau.

Je pensai naturellement à une récidive de son sarcome.

La malade était devenue enceinte aussitôt après la sortie de l'hôpital et il semblait que, cette fois encore, la maladie fût accélérée par l'état de gravidité.

La situation était assez embarrassante. Fallait-il conseiller immédiatement l'amputation de la cuisse, ou tenter encore une opération locale?

Ce fut ce dernier parti auquel je m'arrêtai, mais la malade n'accepta aucune opération nouvelle et disparut.

Etant donné le diagnostic sur lequel j'étais resté, je la croyais morte depuis longtemps, quand, le 3 février 1908, elle revint me voir à Dubois. Sa tumeur du mollet avait disparu spontanément,

Mais elle présentait le long de la cuisse trois ulcérations profondes, à fond jaune-grisâtre, entourées d'un large empâtement rougeâtre.

C'était tout à fait l'aspect des gommes, et je songeai alors que j'avais dû opérer jadis quelque volumineux syphilome. Pourtant il n'y avait aucune trace de syphilis. La malade avait eu trois enfants, je voulus les voir ; ils étaient admirablement beaux, et ne présentaient aucune trace d'hérédité.

La malade était encore enceinte, et sa grossesse évoluait normalement.

Je la mis cependant au traitement spécifique, qui amena une rapide amélioration, et bientôt même une disparition complète des lésions.

J'aurais pu croire qu'en effet elle était syphilitique, si je n'avais eu l'idée de faire rechercher la sporo-agglutination. Elle fut tout à fait positive, et il est actuellement indéniable que cette femme a été atteinte d'une forme particulière de sporotrichose.

Ici, du moins, nous possédons une interprétation tardive, mais bien nette, tandis que dans l'autre cas dont il me reste à parler, et dont la similitude est à peu près complète avec celui-ci au point de vue clinique, je ne sais encore quelle étiquette donner à la maladie.

Il s'agit d'une femme St..., âgée de trente-deux ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 27 octobre 1908, dans le service de clinique dont j'étais alors chargé. Elle portait à la racine de la cuisse droite une tumeur très volumineuse, développée dans l'épaisseur de la masse des adducteurs. Cette tumeur très dure, bosselée, complètement indolente, gênante seulement pendant la marche, évoluait depuis deux ans, et grossissait sans cesse. On notait dans son voisinage, au-devant de l'arcade crurale, une autre masse grosse comme un petit œuf adhérente à cette arcade, et paraissant légèrement lobulée, d'ailleurs indolente elle aussi.

La tumeur principale remplissait la partie interne du triangle de Scarpa, faisait une grosse saillie à la face interne de la cuisse, et descendait à six travers de doigt du sillon périnéo-crural. Rien ailleurs, absolument rien : ni engorgement ganglionnaire, ni lésion osseuse articulaire, ou viscérale, ni syphilis, ni tuberculose ; état général excellent. Que conclure ? Je pensai qu'il s'agissait très probablement d'un sarcome, et pratiquai en conséquence une énorme opération le 29 octobre 1908.

Ayant tracé une grande incision en S, j'extirpai la tumeur très largement. Je réséquai le moyen et le petit adducteurs, le droit interne, le pectiné, une partie de l'arcade crurale et de l'aponévrose du grand oblique, je disséquai les vaisseaux fémoraux dans toute l'étendue du triangle de Scarpa.

Ma malade guérit fort bien de cette intervention, et j'ai pu m'assurer depuis que, comme la précédente malade, elle ne gardait aucun trouble dans les mouvements, malgré la suppression de tant de muscles.

J'arrive à la tumeur. Sur les coupes fraîches, elle semblait bien avoir l'aspect d'un sarcome. Pourtant, en certains points, elle offrait une apparence scléreuse et, çà et là, quelques petits îlots jaunâtres.

J'en fis faire l'examen, et mon interne, M. Moure, y apporta les plus grands soins. Sur les coupes, on voit en certains endroits des accumulations de cellules rondes qui pourraient donner l'impression d'un tissu sarcomateux, mais une étude complète de la pièce montre qu'il s'agit de lésions purement inflammatoires.

On ne s'est pas borné à l'examen histologique. On a recherché tous les microbes, tous les champignons possibles, mais tout cela sans aucun succès.

De plus, on a pour cette malade mis en œuvre les ressources de laboratoire qui permettent par la recherche de la séro-agglutination, de dépister les mycoses, toujours sans résultat.

Nous sommes donc ici sans autre diagnostic que celui de tumeur inflammatoire de cause indéterminée.

Si ces faits ne constituent qu'une très modeste contribution à l'étude de la question des tumeurs inflammatoires, il m'a paru utile cependant de les communiquer. Ils prouvent, à tout le moins, combien il faut apporter de réserve au diagnostic de sarcome des muscles; ils prouvent aussi la nécessité de faire intervenir les mycoses dans le diagnostic différentiel des sarcomes des parties molles.

Si l'examen clinique fournissait la moindre indication en ce sens, on serait d'ailleurs aujourd'hui véritablement coupable de n'en pas tenir compte. Récemment j'ai vu un malade porteur d'une tumeur musculaire de la cuisse, tumeur qui, prise isolément, aurait simulé parfaitement un sarcome. Mais comme il présentait aux membres supérieurs des abcès superficiels et des ulcérations qui devaient faire penser à la sporotrichose, je fis rechercher dans le pus de ces abcès les champignons caractéristiques et l'adressai pour cela à M. Ravaut, qui, au bout de peu de jours, put obtenir des cultures de Sporotrichum Beurmanni. Le traitement ioduré administré au malade amena rapidement la guérison.

En présence d'une lésion mycosique isolée et profonde, simulant le sarcome, comme dans une des observations précitées, rien, en dehors des procédés de laboratoire et du traitement d'épreuve, ne pourrait permettre d'éviter l'erreur.

M. Pierre Sebileau. — A l'occasion de l'intéressant rapport de M. Lejars sur les « tumeurs inflammatoires », MM. A. Poncet et R. Leriche faisaient devant vous, sur le même sujet, à la date du 28 juin 1911, une communication d'un ordre très élevé dont la portée n'a pu échapper à personne. Pour MM. Poncet et Leriche, tous les corps étrangers inclus dans l'économie et infectés, tous les agents microbiens, tous les parasites, le bacille de la tuberculose, le spirochète de la syphilis, sont capables de créer autour d'eux, non seulement des tumeurs d'apparence sarcomateuse, quoique cependant exclusivement inflammatoires, mais encore de véritables néoplasmes, cliniquement et histologiquement sarcomateux. Il y a, dans cette théorie, à ce qu'il me semble, un retour aux idées défendues naguère par Pierre Delbet.

Je viens vous apporter deux faits qui, dans cet ordre de choses, témoignent des difficultés cliniques et thérapeutiques, créées par le développement, dans la région cervicale, de ces « tumeurs inflammatoires ».

En mai 1908, arrivait dans mon service une femme de vingt-neuf ans, qui était porteur d'une tumeur thyroïdienne. La consistance uniformément dure de cette tumeur, qui avait le volume d'une grosse orange, la manière dont elle paraissait se confondre avec l'appareil laryngo-trachéal, son enclavement dans le cou, la rapidité relative de son évolution (un an), me firent porter le diagnostic de cancer du corps thyroïde. Elle avait, d'ailleurs, en dehors de cela, la forme extérieure et les caractères d'un goitre qui aurait envahi la totalité du parenchyme thyroïdien.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la patiente fut prise de troubles dyspnéiques; elle se mit à corner et à tirer. Je décidai de tenter l'extirpation du néoplasme, mais je fis à l'avance entrevoir à mes élèves la difficulté de l'acte opératoire et ne leur cachai pas que je serais probablement obligé de m'en tenir, après avoir essayé l'énucléation de la tumeur ou la thyroïdectomie, à la simple ouverture des voies aériennes.

A peine eut-elle inhalé un peu de chloroforme, que la malade fut prise d'accidents dyspnéiques graves. Je dus me contenter de l'anesthésie locale par les injections superficielles et profondes de cocaïne. Il me fut absolument impossible de désenclaver la tumeur; elle était bloquée dans le cou. Je l'incisai donc par le milieu, dans le but d'arriver sur la trachée. Je traversai un tissu dur, scléreux, blanchâtre, assez hémorragique, que je pris pour du cancer. Les anneaux du tube respiratoire n'étaient pas reconnaissables; ils faisaient partie de la tumeur et étaient tout à fait dégénérés.

Je plaçai dans la trachée une longue canule; la tumeur avait

une épaisseur de plusieurs centimètres et rendait ainsi le drainage aérien difficile.

Cela se passait dans le cours du mois de juillet. J'avais donné le cas à mes élèves comme un exemple de cancer thyroïdien, et, retour des vacances, je ne doutais pas que la tumeur ne bourgeonnât déjà à l'extérieur du cou.

Entre temps, mon jeune collaborateur et ami Lemaître, qui m'avait remplacé, surpris, au bout de quelques semaines, de voir l'évolution du processus subir un temps d'arrêt et l'état de la patiente ne pas s'aggraver, eut l'idée de faire ce que nous faisons tous en présence d'un diagnostic incertain : il administra de l'iodure et du mercure. En quelques jours la guérison survint.

Peu de mois après, se présentait en mon absence à la consultation de Lariboisière un homme porteur d'un goitre qu'on avait essayé — sans résultat — d'opérer en province. Cet homme avait des troubles dyspnéiques. L'examen trachéoscopique montrait le bourgeonnement de la tumeur thyroïdienne dans l'intérieur de la cavité respiratoire. Cette tumeur était, du reste, enclavée dans le cou; elle entourait la trachée, avec laquelle elle paraissait se confondre et ressembler absolument à une tumeur maligne. Averti par le passé, Lemaître traita cependant le patient par l'iodure et le mercure. Il guérit en quelques semaines.

M. Pierre Delbet. — On a surtout parlé des difficultés ou des erreurs de diagnostic clinique ; je voudrais dire un mot des difficultés microscopiques. Il y a des cas où elles sont extrêmes, peut-être même insurmontables. Je reste convaincu que dans certains cas le microscope est impuissant et que la pure histologie ne peut pas distinguer un sarcome d'une production inflammatoire.

J'ai vu récemment un malade de mon ami Pierre Duval qui est à ce point de vue du plus haut intérêt. C'est un jeune homme qui avait un sarcome périostique de l'humérus. Duval fait une résection de la diaphyse humérale. Quelques mois après apparaît une tumeur du crâne et des douleurs dans les deux trochanters. C'est à ce moment-là que je vois le malade. La radiographie ne révèle aucune altération osseuse du côté des fémurs.

Je demande à Duval de me montrer les préparations microscopiques de la tumeur du bras. Ces préparations, je les ai examinées, je les ai étudiées avec Herrenschmidt, mon chef de laboratoire, avec Weinberg, de l'Institut Pasteur. Et voici la conclusion singulière à laquelle nous sommes arrivés. Il est impossible de ne pas faire le diagnostic de sarcome, mais il est aussi impossible de ne pas faire des réserves. Pourquoi ces réserves ? C'est que la tumeur est infectée d'une quantité incroyable de polynucléaires ; ces der-

niers sont par places si abondants, qu'on croit avoir sous l'œil un abcès miliaire.

Quand j'ai vu cette extraordinaire infiltration, j'ai immédiatement téléphoné à Duval pour lui demander si la tumeur était ulcérée. Il m'a répondu que la peau était intacte, que les muscles n'étaient même pas envahis. Il ne pouvait donc pas s'agir d'une infection accidentelle. A quoi était due cette invasion de polynucléaires, je n'en sais rien du tout.

Mais ceci a peut-être un intérêt pratique. La tumeur du crâne a fondu sous l'influence des rayons X. Je crois que ces sarcomes, où un élément inflammatoire jusqu'ici indéterminé joue un rôle considérable, sont les plus sensibles à la radiothérapie.

M. Pierre Sebileau. — Je connais les thyroïdites chroniques calleuses; j'en ai vu ; je les ai diagnostiquées. Mais je n'en ai jamais observé qui donnassent, comme dans le cas que je viens de rapporter, l'illusion véritable d'un goitre ancien ou d'un cancer thyroïdien. D'ailleurs qu'importe le nom? Thyroïdite calleuse, syphilome circonscrit ou syphilome diffus, il n'importe : cliniquement, la syphilis avait engendré, chez les malades dont je viens de rapporter l'histoire, chez la première, tout au moins, que j'ai observée et opérée, une tumeur présentant si bien tous les caractères d'un néoplasme, et d'un néoplasme si parfaitement défini, si parfaitement régional, que pas un chirurgien n'aurait, une minute, hésité à faire le diagnostic de cancer thyroïdien. N'est-ce pas là une pseudo-tumeur, une tumeur inflammatoire?

Rapports.

Hernies crurales graisseuses sous-péritonéales étranglées,
par M. le Dr Hardouin (de Rennes).

Rapport de M. PIERRE DELBET.

Voici les deux observations de M. Hardouin :

Obs. I. — Le 21 décembre 1906, nous sommes appelé par notre confrère et ami le Dr Leclerc, près d'une femme atteinte depuis le matin d'accidents d'étranglement herniaire. La malade, âgée de quarante ans, robuste et habituellement bien portante, s'était aperçue, il y a quelques semaines, de l'existence au niveau du pli de l'aine droite d'une petite grosseur peu apparente du reste, mais qui la faisait un peu souf-

frir. Ce sont même ces douleurs légères qui l'avaient portée à s'examiner et lui avaient permis de constater la présence de cette petite glande.

Tout était ensuite rentré dans l'ordre, et la malade ne songeait plus à cet incident, lorsque, le 21 décembre, au matin, elle fut prise à nouveau de douleurs assez vives dans la même région, avec coliques et quelques nausées.

Un peu effrayée, elle envoya chercher un médecin, qui pensa immédiatement à la possibilité d'une hernie étranglée et essaya, avec modération du reste, quelques manœuvres de taxis sans succès.

Après son départ, la malade essaya elle-même, à différentes reprises, de faire rentrer la hernie, et le seul résultat obtenu fut d'augmenter singulièrement les douleurs locales. Le médecin revient dans la soirée, et, devant l'état de la malade, nous envoie chercher.

En examinant cette femme, nous constatons qu'il existe en effet, au niveau du pli de l'aine droite, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, une tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, dure, tendue, rénitente, facile à limiter, légèrement mobile dans les tissus qui l'entourent. La peau est un peu rouge par suite des manœuvres de taxis, et la palpation de la tumeur est douloureuse, avec un point maximum au niveau du pédicule.

La malade n'est pas allée à la selle depuis la veille, mais elle a rendu quelques gaz. Elle n'a pas vomi; cependant toute la journée elle a eu des nausées et elle a refusé de prendre de la nourriture.

Nous confirmons le diagnostic de hernie crurale étranglée, surtout à cause de la douleur vive au niveau du pédicule; mais devant l'absence de phénomènes d'occlusion, nous pensons qu'il s'agit d'une épiplocèle.

Nous intervenons à la cocaïne locale après les précautions aseptiques habituelles.

Au milieu d'un tissu graisseux abondant, nous touchons rapidement sur la tumeur, que nous sentions à la palpation. Elle apparaît rougeâtre, assez dure au toucher, et s'isolant très facilement avec le doigt des tissus voisins, avec lesquels elle présente cependant quelques adhérences; elle s'amincit rapidement en un fin pédicule (5 à 6 millim.), qui se perd sous l'arcade crurale.

Nous pensons alors être en présence de l'épiploon, et nous supposons que notre sac péritonéal a été ouvert en même temps que les tissus voisins. Aussi cherchons-nous, en sectionnant plan par plan, à dégager le pédicule très fortement étranglé à l'orifice crural. Ceci est fait en quelques coups de bistouri; mais alors, en voulant libérer les dernières adhérences qui unissent ce pédicule aux régions voisines, nous ouvrons brusquement le péritoine formant un petit sac peu profond le long de notre hernie.

Une fois le péritoine ouvert, nous nous rendons compte immédiatement de la disposition anatomique de la lésion. Le tissu graisseux sous-péritonéal s'est peu à peu hernié à travers l'anneau crural; il est venu former au dehors une sorte de polype à grosse extrémité inférieure, qui a entraîné à la suite, en faible proportion du reste, une

petite partie du péritoine faisant sac, annonce pour l'avenir d'une hernie crurale vraie.

Nous plaçons un point de suture sur le péritoine, un autre sur le pédicule de la hernie graisseuse, que nous sectionnons. Enfin nous resserrons par deux points de suture l'orifice, pas très large du reste, de l'anneau crural.

La guérison s'est produite sans incidents. Le polype graisseux examiné était de consistance ferme. Il présentait à la vue des phénomènes de congestion très nets. Le pédicule portait des marques de forte structure.

A la coupe, la tumeur est composée de tissu graisseux, envahi par places de tissu fibreux.

Obs. II. — Le 31 juillet 1908, nous sommes appelé à Montauban de Bretagne, près d'une femme de soixante-dix ans, présentant depuis la veille au soir des symptômes d'étranglement herniaire. Cette femme est vigoureuse et bien conservée pour son âge. Elle avait remarqué, il y a longtemps déjà, qu'il existait chez elle au niveau de l'aine droite une petite boule roulant sous le doigt, mais elle n'y prêtait pas attention. Il y a un mois et demi, elle avait ressenti dans cette région une douleur assez vive accompagnée de fortes coliques qui disparurent spontanément.

Depuis deux à trois jours, la malade éprouvait à nouveau en ce point quelques malaises qui allèrent en augmentant, et, la veille de notre arrivée, la douleur a été assez vive pour la forcer à garder le lit. Elle appelle alors son médecin.

Celui-ci porte le diagnostic de hernie crurale irréductible, mais devant l'absence, à ce moment, de symptômes nets d'occlusion, il se contente de faire mettre des compresses froides sur la tumeur et attend au lendemain.

Le lendemain matin la tumeur est toujours douloureuse. Elle a un peu augmenté de volume. Enfin il y a eu un vomissement et il persiste quelques nausées : pas de selles depuis quarante-huit heures.

Notre confrère pense à un étranglement et nous fait appeler.

Nous constatons immédiatement par la vue et par le palper, la tumeur de l'aine, d'autant que la malade étant maigre, l'examen est facile. Elle siège au niveau de la région crurale, elle présente les dimensions d'une petite noix, pas très douloureuse à la palpation, sauf au niveau du pédicule où la pression arrache un cri à la malade; de consistance assez dure, elle est mobile dans une certaine mesure sous les téguments.

Nous confirmons le diagnostic de hernie étranglée, mais la malade n'ayant eu qu'un vomissement depuis le matin, nous pensons qu'il s'agit là d'une épiplocèle.

Nous intervenons immédiatement.

Anesthésie locale à la cocaïne. Incision de 6 centimètres directement sur la tumeur, que nous ne tardons pas à découvrir sous les téguments, au milieu des tissus du voisinage, dont elle ne se différencie que par sa résistance assez ferme au toucher et sa coloration jaune-rougeâtre. En disséquant rapidement cette tumeur, nous voyons qu'elle

est, en réalité, composée de deux portions distinctes, de la grosseur d'une noisette chacune, faiblement unies aux tissus voisins et présentant chacune un pédicule distinct d'une muqueuse très grande, 2 à 3 millimètres à peu près, lisse, ressemblant à un petit ligament et remontant dans l'anneau crural. A ce point, il est étranglé au même niveau pour chacun d'eux. Ces deux pédicules mesurent 2 centimètres et demi à 3 centimètres environ.

Nous rappelant notre première observation, nous avons immédiatement pensé à la possibilité d'une tumeur graisseuse sous-péritonéale, et nous avons dégagé avec soin la région pour nous rendre compte de sa formation anatomique.

L'étranglement levé, il nous a été facile de voir que la striction portait bien sur les pédicules fibro-graisseux, qui étaient ecchymotiques au point sacré. En outre, le péritoine formait un petit diverticule très visible, lorsque l'on exerçait une traction légère sur la hernie graisseuse, mais il ne paraissait pas avoir été compris dans l'étranglement.

Nous terminons par section des deux pédicules au ras du péritoine, et nous mettons deux points de suture pour fermer l'anneau crural, peu ouvert, du reste, chez notre malade.

Suites opératoires : sans incidents. La coupe macroscopique nous montre que les deux petites tumeurs sont constituées de tissu graisseux congestionné avec travées fibreuses anciennes.

Les accidents dus aux hernies graisseuses, aux lipomes præ et périherniaires, ne sont pas choses nouvelles.

Tartra a publié, dans le Journal de Corvisart, une observation qu'on retrouve dans la thèse de Bigot sur les tumeurs graisseuses extérieures au péritoine qui peuvent quelquefois simuler des hernies. Cette thèse a été soutenue en 1821.

A la herniotomie d'un jeune homme, chez lequel le taxis avait quelque peu diminué la hernie étranglée, Tartra trouva, à la soi-disant ouverture du sac, un corps cylindrique qui, en raison de sa situation et de sa forme, fut pris pour une anse intestinale soudée au sac. Le malade étant mort de péritonite, l'autopsie révéla qu'il ne s'agissait pas d'une anse intestinale, mais d'un lipome sous-péritonéal. Delaunay, dans un « Relevé d'observations de hernies étranglées », qui a paru, en 1861, dans la *Gazette médicale* de Paris, cite un cas de lipome herniaire ayant donné lieu à des accidents.

Depuis cette époque déjà lointaine, M. Hardouin a trouvé seulement huit observations, toutes publiées en Allemagne. Les voici :

Obs. I (1). — A. G..., quarante-quatre ans, entre à la clinique le 8 décembre 1902.

Depuis trois ans, le patient remarquait dans la région inguinale une

(1) Eug. Kaufmann. *Uber plotzliches Auftretens und Einklemmung von Fattbrüchen.* Inaugur. Dissert. Freiburg im Breisgau, 1904, p. 22.

petite tumeur qui ne faisait jamais mal et pouvait toujours être réduite. Cependant il persistait toujours un petit nodule. Il n'éprouva jamais de troubles intestinaux habituels, en dehors de coliques de temps à autre. Le 2 décembre 1902, G..., chargeant du sable, remarqua que la grosseur augmentait de volume et qu'il ressentait des coliques. Il se mit au lit, mais ne parvint pas à réduire sa tumeur. Les douleurs ne durèrent pas.

Le 3 décembre, G... cassait du bois, mais il dut cesser son travail au bout d'une demi-journée, parce que la tumeur était devenue plus grosse : pas de douleurs.

Le 3 et le 4, le patient reste au lit.

Le 5, il se rend chez un fabricant d'instruments, qui essaie de réduire la grosseur, mais n'y réussit pas. Les douleurs reparaissent; on applique un bandage.

Le 6, G... enlève le bandage, car les douleurs étaient devenues très vives, au point de l'empêcher de marcher.

Le 7, le patient se rend chez le médecin; pas de douleurs en chemin. Le médecin cherche en vain à réduire, et conseille à G... d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, dans la région inguinale, au-dessous du ligament de Poupart, se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, recouverte par la peau normale. L'anneau inguinal est libre.

Pas de douleurs à la palpation.

Un essai de réduction échoue. Matité complète.

Pas de troubles du côté du tube digestif.

Opération sous narcose. Section des différents plans. Il apparaît une tumeur limitée qui est prise pour de l'épiploon. La tumeur graisseuse est très sanguine; les veines sont dilatées; il existe par places des hémorragies.

Par déplissement de la masse de graisse, on arrive à la base sur un infundibulum, recouvert de péritoine, sur la paroi duquel est situé le lipome. Pas de contenu dans le sac.

Guérison sans opération.

Obs. II [Obs. 1 de Sachs (1)]. — Mlle K..., trente-huit ans, état général médiocre, tombe malade le 3 août 1901. Douleurs très vives dans tout l'abdomen, avec vomissements et malaises sérieux. Pouls à 100. Pas de gaz. Fortes douleurs à la pression dans la région de l'ombilic et de l'estomac. La jeune fille déclare qu'il s'agit d'une attaque de colique hépatique comme elle en a déjà eu beaucoup. Injection de morphine à 0 gr. 015 et application de chaleur humide.

Le lendemain matin, les douleurs sont revenues avec un certain degré de météorisme et de nausées. La même médication obtient le même bon résultat.

Un examen attentif fait reconnaître, dans le pli de l'aine, une grosseur du volume d'une noix. La tumeur elle-même n'était pas doulou-

(1) Sachs. Ueber Einklammungserschesnungenbei Fettbungen. *Munchener med. Wochenschrift*, 27 octobre 1908.

reuse au palper, mais on réveillait de la douleur au-dessus du ligament de Poupart, là où elle se trouve habituellement en cas d'étranglement. La malade déclarait qu'elle avait cette tumeur depuis longtemps et qu'elle n'en était pas gênée, sauf quand elle avait des coliques hépatiques. Elle ajouta plus tard que, depuis un an environ, date à laquelle ses crises étaient devenues plus fortes, elle en souffrait continuellement.

Après les repas surtout, elle se sentait très gênée, et depuis longtemps elle ne pouvait manger à sa faim. En outre, elle ressentait une sensation de tension dans le ventre, lorsqu'elle venait à lever les bras.

Devant cet interrogatoire, le cas nous apparut sous un tout autre jour. La tumeur dans le pli de l'aine devait être considérée comme une hernie crurale irréductible qui contenait vraisemblablement de l'épiploon adhérent, et de temps en temps, par traction et tiraillement, provoquait des douleurs qui étaient prises pour des coliques hépatiques.

A l'opération, 5 septembre 1901, on trouva un lipome de la grosseur d'une noix qui pouvait facilement être énucléé. Il rendait difficile la découverte du sac, aussi il fut coupé dans la région du collet. On rencontra alors une petite saillie péritonéale vide, et ne contenant ni épiploon, ni liquide, ni aucun produit inflammatoire. On constatait que le sac herniaire, fortement tendu, était attiré par le lipome qui siégeait en avant de l'anneau herniaire. Ce lipome était trop gros pour pouvoir revenir en arrière de cet anneau. Guérison.

Le malade n'a plus jamais eu de coliques hépatiques.

Obs. III (Obs. II de Sachs). — Mme B..., soixante-dix ans, très maigre, atteinte de bronchite et d'artério-sclérose; depuis deux jours, des vomissements, un fort météorisme, pas de gaz, pouls à 96. Dans la région inguinale, à droite, existe une grosseur du volume d'un œuf de poule associée à tous les signes d'un étranglement herniaire. Cette tumeur est apparue dans les dernières semaines à la suite d'accès de toux.

Le même jour, 10 mai 1902, opération sous anesthésie locale. On libère une tumeur graisseuse lobulée, à laquelle on ne peut tout d'abord trouver de sac. Après dissection du collet, on découvre une petite saillie péritonéale qui siège en bas et en dehors du lipome. Ce péritoine est complètement vide; il a les dimensions d'un dé. Il est clair que le sac herniaire était maintenu tendu par le lipome et on a l'impression que la tumeur, siégeant devant l'anneau herniaire était empêchée de retourner en arrière par l'étroitesse de l'ouverture fibreuse. Ligature du sac et suture.

Morte douze jours après l'opération, d'une crise cardiaque.

Obs. IV (obs. III de Sachs). — B... E..., trente-cinq ans, conducteur, nous consulte en août 1905 pour une grosseur du volume du poing dans la région inguinale gauche, très douloureuse et analogue à un ganglion enflammé. La tumeur était apparue en quelques jours; jamais le malade ne l'avait remarquée auparavant. Comme du côté du ventre il n'existait pas de symptômes, pas de vomissements, qu'il y avait des gaz et des selles, nous ordonnons le repos et des applications de glace.

La tumeur devint en quelques jours de la grosseur d'une noix et E..., ne souffrant plus, s'en alla.

Quatre mois plus tard, 8 novembre 1905, E... vit tout à coup augmenter sa tumeur, accompagnée de vomissements, douleurs de ventre et forte sensation de malaise. Je portai le diagnostic de hernie crurale épiploïque gauche étranglée, et j'opérai le même jour. La tumeur avait les mêmes caractères qu'en août, avec les signes d'étranglement en plus. Après section de la peau et du fascia superficiel, la tumeur se présentait comme un lipome solide, coloré en partie de brun-rougeâtre, fortement lobulé, riche en veines et ayant contracté de fortes adhérences avec les tissus du voisinage. En séparant les lobules graisseux on ne trouva aucun lien, de sorte que l'anneau herniaire fut libéré, et on sectionna. On ouvrit alors un sac herniaire de la grandeur d'une phalange, vide et qui s'introduisait dans la profondeur du lipome. Guérison.

Obs. V (Obs. iv de Sachs). — Mme G..., cinquante-sept ans, au cours d'une bronchite chronique avec symptômes d'insuffisance cardiaque, ressentit les signes d'étranglement d'une hernie crurale droite. Je trouvai G... avec une respiration courte, fortes crises de toux, teint cyanosé, pouls petit, dépressible, à 110. Ventre fortement tendu, absence de gaz. Au-dessus du ligament de Poupart et dans la région de l'ombilic, douleur vive. Dans l'aine droite se trouvait une tumeur de la grosseur d'une prune, douloureuse, qui visiblement se prolongeait dans l'abdomen par un pédicule aminci sous le ligament de Poupart. G... déclarait qu'elle n'avait jamais eu de hernie et que cette tumeur était apparue dans un effort de toux. Le diagnostic posé fut : étranglement d'une hernie crurale droite. Opération immédiate sous anesthésie locale.

On trouve un petit sac herniaire vide à l'intérieur d'un lipome siégeant en avant de l'orifice herniaire. Ce lipome avait tendu le péritoine et par tiraillement avait produit des symptômes analogues à l'étranglement. Extirpation du lipome. Section du sac. Guérison.

Obs. VI (Obs. v de Sachs). — Mlle H..., cinquante-quatre ans, tombe malade tout à coup le soir du 30 novembre 1906, avec des douleurs violentes dans le ventre, vertiges et nausées. Elle raconte qu'elle souffre depuis déjà plusieurs années de semblables crises de douleurs dans le ventre, qui surviennent brusquement pendant qu'apparaît une tumeur dans l'aine droite. Celle-ci disparaît spontanément au bout de quelques heures en même temps que la douleur. Elle ajoute qu'elle croit à un rapport entre cette grosseur et les douleurs du ventre. Elle ne s'est jamais fait voir à un médecin parce que, habituellement, tout était rentré dans l'ordre à son arrivée.

Immédiatement avant l'opération on se trouve en présence d'une malade maigre, souffrante, avec pouls irrégulier à 84. Abdomen tendu, météorisé surtout à l'épigastre et très douloureux à la pression.

Dans la région crurale, existe une tumeur de la grosseur d'une noix, présentant les caractères d'une hernie crurale étranglée avec la douleur habituelle à la pression au-dessus du ligament de Poupart. En outre, nausées et absence de gaz depuis plusieurs heures.

Diagnostic : hernie crurale étranglée avec réserves sur la possibilité d'un étranglement épiploïque, ou un lipome extrapéritonéal. Opération le soir même (anesthésie locale) qui confirme cette dernière hypothèse. Le lipome avait la grosseur d'un petit œuf de poule. Le sac herniaire mesurait 3 centimètres de long et fut découvert par des incisions en X. La communication avec le ventre était si étroite que le petit doigt ne pouvait être introduit dans la cavité péritonéale.

Obs. VII. — Wendel (1) décrit la torsion subite d'un tel lipome qui contenait un kyste à son centre. Il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, dont les accidents débutèrent brusquement par des symptômes typiques d'étranglement avec apparition d'une tumeur irréductible au-dessous du ligament de Poupart à droite. Tous ces symptômes firent porter le diagnostic de hernie étranglée et conduisirent à une opération immédiate.

Obs. VIII. — Aronheim (2) rapporte un cas dans lequel les symptômes étaient si violents que l'on posa le diagnostic de : Etranglement élastique d'une hernie inguinale, et l'on intervint aussitôt. Après l'extirpation d'un lipome gros comme une pomme, que l'on dut libérer par la section de l'orifice herniaire étroit qui l'étranglait, les symptômes d'iléus disparurent rapidement.

M. Hardouin n'a trouvé que ces huit observations. Je ne crois pas qu'il en faille conclure que les accidents de ce genre sont extraordinairement rares. Le fait que cinq observations appartiennent au même auteur, prouve bien qu'ils ne sont pas exceptionnels.

D'ailleurs, nous avons tous vu des accidents douloureux déterminés par des lipomes præ ou péri-herniaires. C'est fréquent au niveau de la ligne blanche. Mais M. Hardouin ne vise que la région crurale, où c'est plus rare.

J'ai cependant opéré, il y a quelques jours, une femme chez qui je m'attendais à trouver une épiplocèle étranglée et qui n'avait qu'un volumineux lipome périsacculaire avec un tout petit sac vide.

M. Hardouin a intitulé son travail : « Deux cas de lipomes sous-péritonéaux étranglés dans le canal crural ». J'aurais préféré l'expression de lipomes præ et péri-herniaires, car dans tous les cas on a trouvé un petit sac péritonéal pris dans l'anneau crural, et c'est, je pense, le tiraillement ou l'étranglement de ce sac qui détermine les accidents abdominaux.

(1) Wendel. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Bd LXV, p. 388.

(2) Aronheim. Ein Fall von plötzlich auftretenden und Ileus verursachenden Fettbruch des Leistenkanals bei einer 83 jährigen Frau. *Monatschrift f. Unf. u. Invol.*, 1905, 6.

En raison du petit nombre d'observations publiées, M. Hardouin se demande si les auteurs n'ont pas commis d'erreur d'interprétation, si le point de départ des accidents était bien le lipome, s'il n'y avait pas eu un étranglement de l'épiploon, d'un appendice épiploïque ou un pincement latéral de l'intestin.

Vernher (*Archives de Virchow*, 1819) et Kaufmann se rangent à cette interprétation. Pour eux, c'est par erreur que les accidents ont été attribués au lipome.

M. Hardouin fait remarquer que, dans ses cas, il n'y a pas place pour l'erreur. Comme il a opéré sous l'anesthésie locale, on ne peut supposer que l'épiploon ou l'intestin hernié se soit réduit pendant la période d'agitation chloroformique.

Il déclare, en outre, posséder la preuve matérielle que le lipome est bien la cause des accidents. Cette preuve, il croit la trouver dans l'examen qu'il a fait d'un lipome præ-herniaire qui avait donné lieu à des symptômes d'étranglement et qui a été enlevé par un chirurgien dont il ne dit pas le nom. Il en donne l'étude histologique détaillée. Elle peut se résumer en ceci : le lipome a été le siège de petites hémorragies d'âge différent qui ont amené une certaine réaction inflammatoire caractérisée par l'infiltration de polynucléaires.

Ces constatations histologiques prouvent-elles que le lipome a été la cause des accidents ? Je ne le pense pas. Car si un sac lipomateux contenant de l'intestin ou de l'épiploon était étranglé, il présenterait certainement les mêmes altérations, et cependant les accidents seraient bien dus à l'épiploon ou à l'intestin. Les constatations de M. Hardouin prouvent seulement que le lipome a été le siège de troubles vasculaires. Il est bien probable que ces troubles sont dus à un étranglement, mais seules les constatations faites au cours de l'opération permettent d'affirmer que le sac était vide. Bien que la preuve histologique me paraisse de peu de valeur, je suis cependant convaincu que M. Hardouin a raison lorsqu'il soutient que, dans certains cas, les accidents sont en relation avec le lipome. L'étude attentive des observations le prouve surabondamment.

La deuxième malade de Sachs était soignée pour des coliques hépatiques. Une crise de ces prétendues coliques hépatiques étant devenue plus grave, on constate l'existence d'une hernie crurale dont le pédicule est extrêmement douloureux. La malade déclare que cette tumeur de l'aine est ancienne, et qu'elle n'en souffre qu'au moment des coliques hépatiques. On fait le diagnostic d'épiplocèle. L'opération montre que la tumeur est constituée par un lipome avec un tout petit sac vide. Après l'opération, les prétendues coliques hépatiques disparaissent.

Une autre malade de Sachs avait des douleurs abdominales très vives, qui survenaient très brusquement en même temps qu'apparaissait une tumeur dans l'aine droite. La tumeur disparaissait spontanément au bout de quelques heures et en même temps la douleur. Un jour la tumeur ne disparaît pas, on fait le diagnostic de hernie crurale étranglée, on opère, et on trouve un lipome præ-herniaire avec un petit sac vide.

C'est à peu près de la même façon que les choses se sont passées chez ma malade. La tumeur avait paru et disparu à plusieurs reprises. Un jour, la sortie de la tumeur s'accompagne d'accidents et elle ne rentre pas. Je fais le diagnostic d'épiplocèle, et à l'opération je trouve un lipome entourant un petit sac vide. Ce sac lipomateux est conservé dans ma collection.

Quel est le mécanisme des accidents? Dans le cas de Wendel, le lipome était tordu. Je n'ai pas trouvé d'autre fait du même genre.

Dans les autres observations, les accidents peuvent être attribués soit au tiraillement du péritoine, soit à l'étranglement du pédicule dans lequel semble avoir toujours existé un petit diverticule péritonéal.

Sous l'influence d'une augmentation de la pression intra-abdominale, la production graisseuse demi-fluide se glisse dans le canal herniaire, entraînant le péritoine. Mais, pour rentrer, elle se présente sous une autre forme, en masse, et se coince; elle est incarcérée, comme on dit en Allemagne.

Dans mon cas, l'orifice crural était très étroit, il était tout à fait impossible d'y introduire le doigt, le pédicule était réellement serré. Tiraillement et striction du péritoine associés jouent sans doute tous les deux un rôle dans la pathogénie des accidents, et il serait aussi puéril qu'inutile de vouloir déterminer lequel des deux a une action prédominante.

En quoi consistent les accidents? Ils semblent avoir été plus aigus dans les cas où le lipome s'est incarcéré dès sa première irruption que dans ceux où, étant déjà dehors, il a grossi seulement.

Dans le cas IV de Sachs, la tumeur était survenue brusquement, et bientôt le pouls arrivait à 110, le ventre était fortement tendu et il n'y avait pas d'émission de gaz. Dans un autre cas du même auteur, il y avait en outre des nausées. Le plus souvent on a pensé à une épiplocèle. Les symptômes d'étranglement n'étaient pas nets.

Mais dans presque tous les cas, la pression au niveau du pédicule déterminait une douleur vive.

Cette douleur pédiculaire a une grande importance symptoma-

tique. Pour ma part, lorsque je la trouve nettement dans une hernie crurale irréductible, si estompés que soient les autres symptômes, je n'hésite pas à intervenir. Pas un chirurgien, je pense, n'attend aujourd'hui, en présence d'une hernie crurale, que l'appareil symptomatique de l'étranglement soit au grand complet pour prendre le bistouri.

Aussi vous m'en voudriez de chercher à vouloir déterminer en quoi les accidents dus aux lipomes diffèrent de ceux dus aux hernies intestinales, de faire le parallèle entre les étranglements des lipomes præ ou périherniaires et les étranglements de l'épiploon ou de l'intestin. Ceci n'est plus de mise aujourd'hui.

A mon avis, toute hernie crurale irréductible, à pédicule douloureux, et entraînant une certaine réaction abdominale, doit être opérée. Aussi, si vous me disiez que la question de l'étranglement des lipomes herniaires n'a pas une grande importance pratique, je serais bien embarrassé pour vous démontrer le contraire.

M. Hardouin n'en a pas moins eu raison d'attirer l'attention sur ces faits peu connus. Il a eu raison, parce qu'une connaissance précise a toujours un intérêt. Nous voyons, en effet, que dans son premier cas, alors qu'il ignorait les faits de ce genre, l'acte opératoire a été hésitant. Prenant le lipome pour l'épiploon, il a cru avoir ouvert le sac sans s'en apercevoir, puis, en cherchant à dégager le pédicule du lipome qui était très serré, il a déchiré le péritoine, petits ennuis qui n'ont pas eu de conséquences fâcheuses, mais qu'il aurait été préférable d'éviter et qu'éviteront tous ceux qui connaîtront ces faits.

Je vous propose donc de remercier M. Hardouin de son travail, et j'espère que ce petit rapport rafraichira dans vos mémoires le souvenir de son nom, qui doit déjà y être gravé par beaucoup d'autres communications.

Discussion.

M. J. Lucas-Championnière. — Les observations de M. Hardouin sont intéressantes, mais il serait exagéré de les traiter comme choses nouvelles et non connues. Je ne suis pas très surpris qu'il n'y ait pas beaucoup d'observations publiées; mais les faits de cet ordre sont bien connus de tous ceux qui ont traité des hernies. Les accidents des hernies de graisse sous-péritonéales au-devant des petits sacs herniaires sont communs pour les hernies épigastriques, proportionnellement moins communs pour la hernie crurale. Mais ce pseudo-étranglement a été vu bien des fois.

Ordinairement, les accidents en question, tout en rappelant l'étranglement, ne le simulent pas absolument. Il y a bien des

douleurs de l'irréductibilité. Mais les vomissements manquent souvent ou s'apaisent et le manque d'évacuation n'est que relatif. J'estime, pour ma part, que ce n'est pas une raison pour ne pas opérer. On délivre le sujet de ses douleurs. On évite le renouvellement des accidents.

Quant au mécanisme de ces accidents, il est difficile de le préciser. Mais on ne doit pas être trop surpris de l'intensité des réflexes péritonéaux, car pour les hernies graisseuses sous-péritonéales on en voit de bien connus, que j'ai signalés depuis longtemps à propos des hernies épigastriques et qui présentent beaucoup d'analogie avec ceux rapportés ici.

— Les conclusions du rapport de M. Delbet, mises aux voix, sont adoptées.

Cholédoco-gastrostomie chez une malade opérée antérieurement de cholécystectomie. Guérison, par M. Ch. Dujarier.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Le court rapport, que je suis chargé de vous faire, a trait à une cholédoco-gastrostomie pratiquée en juillet 1908 par notre collègue M. Dujarier. L'opération fut suivie de succès et, actuellement, après trois ans écoulés, la malade jouit toujours d'une santé parfaite. Il s'agit là d'un fait intéressant qui mérite de figurer dans nos bulletins.

Observation. — Mme K..., âgée de cinquante ans, habitant Saint-Pétersbourg, ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Elle a eu quatre enfants, encore vivants, sauf une fille morte en couches. Jamais d'ictère pendant sa jeunesse.

Depuis plusieurs années, la malade avait des douleurs rapportées tantôt au foie, tantôt à l'estomac. Les crises douloureuses étaient séparées par des périodes d'accalmie très longues, parfois de deux ou trois ans.

A la suite d'une crise plus longue et plus grave, puisque la malade resta un an malade, avec *poussées fébriles* et *ictère persistant*, une opération fut pratiquée à Saint-Pétersbourg, le 1er avril 1908.

L'intervention consista en une cholécystectomie; au dire de la malade, la vésicule était très volumineuse (quatre fois son volume normal) et contenait un grand nombre de calculs. Le canal cystique aurait été lié, mais on dut terminer hâtivement l'intervention à cause d'une alerte chloroformique assez grave. La plaie fut partiellement refermée et on laissa à demeure un tamponnement volumineux.

L'amélioration fut nulle, l'ictère persista, au bout de quelques jours

la bile se mit à couler en grande abondance. La malade ne se remontant pas, la bile s'écoulant par intermittences (nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur l'état des selles), la malade fut envoyée à Vichy.

Arrivée à Paris, au début de juin, la malade alla consulter le Dr Castaigne; à ce moment l'état général était très mauvais; la bile coulait par une fistule étroite, vestige de l'opération. La malade fut mise au régime lacté; malgré cela, l'état général restait mauvais; fréquemment on notait le soir 39 degrés et au-dessus. On pratiqua une dilatation de la fistule avec une laminaire; il s'écoula à la suite du pus et de la bile en abondance; les selles pendant cette période restèrent décolorées, les urines contenaient en abondance des pigments biliaires, l'ictère devenait moins foncé quand la bile s'écoulait au dehors, mais, malgré un tamponnement, la fistule avait des tendances à se refermer.

Je fus appelé auprès de cette malade le 30 juin. L'état général était très mauvais; la malade se plaignait d'une grande faiblesse; le 28 et le 29 au soir, la température axillaire avait été de 39°2. L'ictère était foncé, les urines également chargées en couleur et nettement ictériques.

La malade, qui n'a jamais été grasse, a beaucoup maigri; le 8 juin, elle pesait 34 kil. 400 grammes. A l'examen de l'abdomen, on voit le long du bord externe du droit une cicatrice qui présente en son milieu une petite fistule déprimée, aux bords calleux. Par cette fistule s'écoule un peu de muco-pus, mais plus de bile. La palpation de la région épigastrique est douloureuse et on sent au-dessous du foie, qui déborde nettement les fausses côtes, un empâtement douloureux à la moindre pression.

Opération. — Le 1er juillet, en présence du Dr Castaigne, avec l'aide de MM. Mathieu et Détré, l'anesthésie fut obtenue par l'injection sous-cutanée de 1/4 de milligramme de scopolamine et de 1/4 de centigramme de morphine une heure avant l'intervention; puis, avant d'opérer, j'injectai dans l'espace sous-arachnoïdien 5 centigrammes de stovaïne. L'anesthésie ainsi obtenue fut parfaite et me permit de mener à bien l'intervention, qui dura cinquante minutes.

La malade est mise en décubitus dorsal, l'arête du plan incliné portant au niveau de la première lombaire.

Incision en baïonnette de façon à se tenir en dedans de l'ancienne cicatrice; l'abdomen ouvert, on détruit des adhérences épiploïques unissant la paroi à l'estomac et au foie. L'anse duodéno-pylorique est attirée en bas et l'on aperçoit nettement un conduit vertical, presque du calibre d'un verre de lampe, descendant de la région du hile du foie pour passer derrière le pylore. A sa surface, on voit des veines assez volumineuses. Pour s'assurer qu'on a bien affaire au cholédoque dilaté, on pratique une ponction capillaire; la seringue se remplit de bile claire; on aspire ainsi environ 250 centimètres cubes de bile. Puis on agrandit l'orifice, après protection soignée; il s'écoule encore de la bile en grande quantité; on la reçoit sur un lit de compresses renouvelées au fur et à mesure de leur imbibition.

On explore avec le doigt le canal ainsi ouvert; par en haut on

pénètre jusqu'au hile du foie; on sent très nettement les deux canaux hépatiques et on peut entrer le doigt dans chacun d'eux; par en bas, le doigt descend jusqu'à un cul-de-sac qui descend manifestement au-dessous du point d'abouchement normal du cholédoque; entre ce doigt et un autre qui palpe le duodénum et la tête du pancréas, on ne sent aucun calcul; la consistance de la tête du pancréas est un peu plus ferme que normalement, mais aucune induration limitée.

Nous pensons qu'il s'agit d'un rétrécissement ou d'une oblitération de l'embouchure du cholédoque, probablement d'origine calculeuse cicatricielle ancienne, peut-être d'une pancréatite chronique. Nous nous décidons à pratiquer l'abouchement du cholédoque dans le tube digestif; comme l'ouverture pratiquée sur ce conduit répond à l'estomac, c'est cet organe que nous choisissons pour l'anastomose. D'autant plus qu'il existe déjà des adhérences entre l'estomac et le conduit qui auraient presque permis de ne pas pratiquer le plan séro-séreux postérieur; nous faisons néanmoins une anastomose à la soie fine, par points séparés, en deux plans, l'un séro-séreux, l'autre total.

Nous renforçons l'anastomose en suturant par-dessus quelques débris épiploïques. Puis nous refermons la plaie en laissant sortir deux mèches qui occupent la place des adhérences détruites au début de l'opération.

A aucun moment, au cours de l'intervention, nous n'avons ouvert le trajet fistuleux ancien.

Les *suites opératoires* ont été très simples. Le soir de l'opération, la température est montée à 38°3; elle est tombée à 37°4-37°6 le second jour, 37°1-37 degrés le troisième, puis est restée au-dessous de 37 degrés. La malade a eu quelques douleurs jusqu'à l'ablation des mèches qui a eu lieu le cinquième jour.

A partir de l'opération, la fistule ancienne s'est tarie. L'ictère a diminué progressivement, les urines sont devenues claires; les selles se sont colorées. L'alimentation est reprise progressivement et la malade sent ses forces renaître.

Un seul incident, très inquiétant, s'est produit à partir du dix-septième jour, alors que la plaie était presque totalement cicatrisée et que la malade commençait à se lever.

Brusquement, à 4 heures du soir, il s'est produit un grand frisson avec douleurs lombaires et grand abattement. La température était de 39°1. Le 18, 36°8-38°9, avec encore des frissons. Le 19, 37°6-38°6; le 20, 38-38°5; le 21, 36°9-37°6; le 22, 37°3-38°5; le 23, 37°3-38°8.

Pendant toute cette période, la malade se sentait bien le matin, mais était prise dans l'après-midi de frisson et de malaises. De plus l'appétit, qui était très bon, a disparu.

La malade est purgée et mise au régime lacté exclusif. Petit à petit la température s'est abaissée, l'appétit est revenu et la convalescence s'est achevée. Nous pensons que cette complication est due à une poussée d'angiocolite ascendante.

Le 3 août, la malade pesait 34 kil. 350; le 11, 35 kil.; le 17, 37 kil.; le 31, 39 kilogrammes.

Au début de septembre, elle retournait en Russie. J'ai reçu de ses

nouvelles le 22 septembre; la malade est toujours en bon état et elle n'a plus eu de processus fébriles.

Ajoutons que la culture de la bile prélevée au cours de l'opération donna du colibacille à l'état de pureté.

Nous insisterons en terminant sur le bon résultat donné par l'anastomose cholédoco-gastrique : à aucun moment l'écoulement de bile dans l'estomac n'a donné de troubles; la digestion s'est toujours effectuée normalement et à aucun moment nous n'avons eu de vomissements bilieux.

Actuellement, en novembre 1911, trois ans après l'opération, la malade continue à jouir d'une santé parfaite.

Le succès opératoire et thérapeutique obtenu par M. Dujarier chez sa malade est en accord avec ce que nous savons aujourd'hui de la chirurgie biliaire. La possibilité d'établir une anastomose entre le cholédoque dilaté et le tube digestif est *a priori* réalisable tout comme une anastomose de la vésicule biliaire; elle est, du reste, établie par un certain nombre d'observations. Pour ne parler que des anastomoses latérales, les seules techniquement comparables à celle faite par notre collègue, nous trouvons dans le livre de Kehr (1) quatre observations de cholédoco-duodénostomie latérale, auxquelles nous pouvons ajouter deux opérations plus récentes du même chirurgien relatées par son élève Eichmeyer (2). Cette opération, exécutée pour la première fois par Riedel en 1888, a du reste été répétée par Swain (3), Sprengel (4), Ohl (5), Mayo Robson (6), Fullerton (7), etc. Tous ces chirurgiens ont anastomosé le cholédoque avec le duodénum, ce qui s'explique par ce fait que normalement le cholédoque se trouve directement en arrière de ce segment d'intestin. Chez la malade de M. Dujarier, le canal se trouvait en rapport avec l'estomac, il était même déjà maintenu à son contact par des adhérences inflammatoires, au point que, dit-il, on aurait presque pu ne pas pratiquer de plan séro-séreux postérieur. Il était donc tout naturel qu'il anastomosât le cholédoque avec l'estomac.

A priori, cette manière d'agir eût pu sembler autrefois un peu

(1) Kehr. *Technik der Gallensteinoperationen.* München, 1905.

(2) Eichmeyer. Beitr. z. Chirurgie des Choledochus und Hepaticus der Anastomosen zwischen Gallensystem und Intestines. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1910, t. XCIII, p. 857 et t. XCIV, p. 1.

(3) Swain. *Lancet*, Londres, 1895, t. I, p. 743.

(4) Sprengel, *Deutsch. med. Woch.*, Leipzig, 3 septembre 1901.

(5) Ohl. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Leipzig, 1904, t. LXXII.

(5) Mayo Robsen. *Diseases of the gall-bladder and bile ducts.* 3e édit., Londres, 1904.

(7) Fullerton. *Brit. med. Journ.*, Londres, 1907, t. II, p. 1118.

risquée, et l'on pouvait craindre des troubles dans le fonctionnement digestif par suite de l'arrivée de la bile dans l'estomac. Aujourd'hui on n'a plus à se préoccuper de ces craintes. Les expériences de Dastre (1) et de Ruggero Oddi (2), les observations cliniques de Max Wickhoff et Angelberger (3), de Terrier (4), de Duchamp (5), de Patel (6), de Krumm (7), de Kehr (8) et d'autres ont montré l'innocuité de l'arrivée de la bile dans l'estomac.

Il est aujourd'hui bien établi, tant cliniquement qu'expérimentalement, que ces anastomoses sont sans le moindre inconvénient. Kehr préfère même pour les anastomoses portant sur la vésicule, la fistule bilio-gastrique à la fistule bilio-intestinale; sur 40 cysto-gastrostomies, jamais il n'a observé de vomissements bilieux, d'anorexie ou de troubles dyspeptiques.

L'observation de M. Dujarier vient à ce point de vue s'ajouter à toutes celles antérieurement publiées. La longue période, plus de trois ans écoulés depuis l'opération, montre que pas plus à la longue qu'immédiatement, l'arrivée de la bile dans l'estomac ne détermine de troubles dans le travail digestif.

Discussion.

M. Bazy. — Pour ajouter un fait à ceux que M. Hartmann vient de signaler, à savoir, de cas d'anastomoses des voies biliaires avec l'intestin, je dirai que j'ai vu ces jours derniers, parce qu'elle est venue me conduire son mari, une malade à qui j'ai fait il y a quatre ans une hépatico-duodénostomie et qui continue à se très bien porter. Elle avait une obstruction du cholédoque au niveau de l'ampoule de Vater que j'avais pensé être consécutive à une angio-cholite sténosante. L'événement a prouvé la justesse du diagnostic et montré que la communication peut être définitivement persistante. Les cas où l'on a pu suivre ces malades ne sont pas si nombreux, que celui-ci ne doive pas être signalé.

— Les conclusions du rapport de M. Hartmann, mises aux voix, sont adoptées.

(1) Dastre. *Arch. de Physiol.*, Paris, 1890, 5e série, t. II, p. 316.

(2) Ruggero Oddi. *Azione della bile sulla digestione gastrica.* Perugia, 1887.

(3) Max Wickhoff et Angelberger. *Wiener klin. Woch.*, 1893, p. 325.

(4) Terrier. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1896, t. XVI, p. 169.

(5) Montagnon et Duchamp. *Loire médicale*, Saint-Etienne, 15 juin 1899 et 15 novembre 1900, p. 294.

(6) Patel. *Lyon médical*, 7 octobre 1900.

(7) Krumm. *Munch. med. Woch.*, 21 mai 1901.

(8) Kehr. *Loc. cit.*

Présentations de malades.

Calcul de l'uretère droit. Incision directe et extirpation. Guérison.

M. LUCIEN PICQUÉ. — F..., quarante ans, employé à la Compagnie du Nord, entre dans mon service de l'hôpital Lariboisière, salle Chassagnac, 15, pour des douleurs violentes survenant par crises dans le flanc droit et la région lombaire correspondante. Cette crise s'accompagne habituellement d'un état général défectueux, d'anorexie, de nausées et de troubles du côté de l'appareil urinaire.

Le malade raconte qu'il y a quatre ans, une crise semblable s'est produite et qu'il dut interrompre son service pendant dix-neuf jours. Les urines étaient peu abondantes et troubles ; la crise se termina par l'urine spontanée d'un calcul de la grosseur d'un petit pois. Il y a deux mois, une nouvelle crise débuta comme la première, par des coliques extrêmement douloureuses, donnant la sensation de broiement dans un étau et de symptômes analogues du côté de l'appareil urinaire. Les urines étaient épaisses, troubles et rougeâtres. L'analyse y révéla la présence du sang. Pendant deux jours et demi, l'anurie fut absolue.

La température monta à 41 degrés. La crise dura une semaine et céda aux moyens ordinaires : le malade, débarrassé de toute douleur, put reprendre son travail. Il y a quinze jours, apparaît la crise récente qui l'amène à l'hôpital. Elle a débuté brusquement sans prodromes : au repos, le malade ne souffre pas. La douleur apparaît, à la palpation profonde, nettement localisée au flanc droit avec maximum à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic; c'est une douleur en broche avec un point douloureux correspondant en arrière dans la région lombaire. Elle présente, d'ailleurs, la même acuité que dans la crise précédente. On ne constate aucune irradiation vers la région inguinale, le périnée, le testicule et le membre inférieur.

Les troubles urinaires sont les suivants :

Le début de la miction est douloureux. Le malade accuse une sensation de brûlure qui disparaît à la fin. La quantité des urines a beaucoup diminué, mais il n'y a jamais eu d'anurie complète. On n'y observe pas de sang, comme dans les crises antérieures.

Nous devons noter des nausées et de l'anorexie. Pas de vomissement. Le malade se plaint encore de sueurs froides nocturnes et au moment des mictions. Le 10 mai, jour de son entrée, la température était de 38°4, mais, dès le lendemain, elle retomba à 37 degrés et s'y maintint.

L'examen physique est négatif : à la palpation bimanuelle, on ne constate aucune augmentation de volume au niveau de la région rénale.

La radiographie décèle nettement la présence d'un calcul dans le tissu inférieur de l'uretère. Le 29 mai 1911, je pratique l'intervention suivante avec l'aide de M. Grégoire, assistant.

Opération. Incision parallèle à l'arcade crurale. — Elle commence un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et se prolonge jusqu'au voisinage du bord externe du muscle droit. La paroi est sectionnée jusqu'au péritoine exclusivement.

La séreuse est alors décollée de la fosse iliaque droite jusqu'au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive. On voit alors l'uretère, collée à la face profonde de la séreuse, et qui paraît d'un calibre un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

On suit ce cordon jusque dans le pelvis, et, arrivé à la *hauteur du releveur anal*, on sent dans son épaisseur un calcul mobile du volume *d'un haricot.*

Le cordon urétéral est alors amené autant que possible à la plaie. Il est incisé sur le calcul, qui émerge aussitôt.

Celui-ci est allongé, irrégulier, non moulé sur le conduit comme il arrive d'habitude. Un peu d'urine claire s'écoule dans la plaie. Un drain est alors placé au voisinage de la plaie urétérale : aucune suture n'est faite. Une mèche est tamponnée au voisinage. Réunion incomplète de la paroi.

Guérison sans incident. Pendant trois à quatre semaines, il s'écoule un peu d'urine par la plaie. La quantité diminue rapidement, puis tout écoulement cesse et la plaie se cicatrise normalement.

Depuis son opération, le malade présente une polyurie assez abondante. La quantité d'urine est journellement de 1.800 à 2.000 grammes. Elle est claire, limpide à l'émission et se trouble par le refroidissement. Les douleurs ont complètement cessé.

Le 12 juillet 1911, le malade quitte l'hôpital définitivement guéri.

J'ai revu le malade en octobre 1911. La guérison persiste.

Difformités des mains, consécutives à une brûlure grave.

M. H. Morestin. — Les difformités consécutives aux brûlures graves des mains sont habituellement très complexes et leur traitement offre toujours de grandes difficultés. Corriger entièrement les attitudes vicieuses et surtout rendre aux doigts leur

forme et toute l'étendue de leurs mouvements, n'est souvent pas possible : il est rare cependant que l'on n'arrive à améliorer considérablement la situation de ces malades, au prix d'opérations successives combinées selon les indications fournies par chaque cas en particulier. Voici, par exemple, une femme chez laquelle nous avons pu, dans des conditions véritablement détestables, obtenir un résultat tout à fait satisfaisant.

Cette malade, Camille F..., m'a été confiée par notre collègue Demoulin, qui lui avait d'abord donné ses soins. Le 6 septembre 1910, Camille F... avait eu les deux mains prises entre les rouleaux d'une machine à sécher le linge. Ces cylindres tournants sont chauffés à une température d'environ 150°. La pauvre femme eut donc les mains à la fois écrasées et brûlées. Elle fut transportée à la Charité, où l'on put constater des lésions considérables surtout du côté gauche.

De ce côté, toute la peau était pour ainsi dire détruite depuis le poignet jusqu'à l'extrémité des doigts, et l'on pouvait se demander si la main n'était pas mortifiée dans la plus grande partie de son épaisseur.

A droite, toute la peau de la face dorsale était brûlée au quatrième degré, et de même celle de la paume et de la face palmaire des quatre premiers doigts au voisinage de leur racine.

Quand les escarres furent tombées, la main gauche ne forma plus qu'une plaie. Non seulement la peau avait été nécrosée, mais tous les tendons fléchisseurs des doigts avaient été éliminés, sauf ceux du pouce. A droite, les pertes de substance occupaient la paume dans toute son étendue et la face palmaire des doigts jusqu'à la troisième phalange ; d'autre part, toute la face dorsale, depuis le poignet jusqu'à la racine des doigts. Après bien des mois, des cicatrices se formèrent, mais plaçant les doigts dans des attitudes vicieuses qui rendaient les deux mains impropres à tout service et par conséquent faisaient de cette malheureuse une lamentable infirme.

M. Demoulin voulut bien alors m'adresser Camille F..., qui entra le 7 février 1911 à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, 21.

A ce moment, je pus faire les constatations suivantes :

Du côté droit, la face dorsale de la main était couverte d'une cicatrice unie et lisse, assez souple, non adhérente. La paume était, au contraire, occupée par un amas de tissus cicatriciels, épais, rigides, rétractés. Le pouce était infléchi vers la paume ; sa face correspondante était en grande partie incluse dans la cicatrice palmaire commune. Ce qui en émergeait était fixé par une bride partant de cette masse fibreuse et allant jusqu'au voisinage de l'extrémité du doigt. Celui-ci ne pouvait exécuter aucune ébauche de mouve-

ment. Il était solidement appliqué contre la paume et son ongle venait affleurer la racine du cinquième doigt.

De la cicatrice palmaire commune se détachaient en avant des brides épaisses, très dures, très fortes, qui se portaient sur chacun des quatre derniers doigts. Elles s'irradiaient du bloc palmaire et se perdaient graduellement sur les doigts, qu'elles maintenaient dans une légère flexion. De plus, elles s'opposaient absolument à l'écartement de ces doigts, qui demeuraient donc constamment accolés et même en contact étroit.

Pour chaque doigt, elles faisaient saillie du côté de l'axe de la main; celle du médius regardait directement en avant, celles des autres doigts étaient obliques, tournées vers le médius. Les quatre derniers doigts pouvaient exécuter quelques mouvements de flexion, promptement limités par la présence du pouce couché en travers au-devant de leur racine. L'extension était incomplète, limitée elle aussi par la résistance des brides antérieures.

A gauche, c'était bien pire. Ici, tout n'était que cicatrices. Le pouce seul avait conservé une faible partie de ses téguments. Il était lui aussi infléchi vers la paume et collé au-devant de l'extrémité antérieure des métacarpiens. Son ongle était appuyé à la racine du quatrième doigt. Le petit doigt, replié vers la paume, s'engageait au-dessous de lui, à peu près complètement enfoui dans la cicatrice, soudé au pouce aussi bien qu'aux métacarpiens et à la racine des autres doigts. Ceux-ci étaient pour ainsi dire réduits à leur squelette sous une enveloppe cicatricielle. Ils étaient fusionnés au voisinage de leur racine et comme tordus ensemble; l'index passait derrière le médius et l'annulaire, ces derniers étaient fortement infléchis en dehors; pour chacun d'eux, les phalanges étaient subluxées, la 2e en arrière, laissant transparaître, à travers la cicatrice, l'extrémité correspondante de la 1re, la 3e en avant.

Chacun des quatre derniers doigts portait encore un ongle, mais extrêmement difforme, émergeant de la cicatrice. La malade souffrait beaucoup de cette main gauche, et avait grand soin de la préserver de tout contact.

Le 23 février, je commençai à m'occuper de la main droite. Je pratiquai une opération très compliquée, comprenant un grand nombre de temps distincts et dont il est malaisé de donner le détail. Je procédai au redressement et à la libération du pouce, à la suppression des palmures cicatricielles irradiées de la paume vers les doigts, m'efforçant d'assurer l'indépendance fonctionnelle de ces doigts, de leur rendre la possibilité de s'écarter.

Pour chaque doigt, je taillai dans la cicatrice palmaire commune un lambeau angulaire dans le prolongement de la bride

correspondante. Après l'avoir disséqué, après avoir coupé tous les tractus fibreux bridant le doigt et approfondi les commissures par des incisions s'enfonçant jusque dans les espaces interosseux, je faisais tourner ce lambeau pour envelopper la racine du doigt et s'enfoncer dans une des commissures, pour chaque doigt la commissure du côté de l'axe de la main.

En ce qui concerne le pouce, avant de le redresser, j'avais taillé un très grand lambeau palmaire, qui servit à lui faire un revêtement antérieur.

Une vaste plaie irrégulière occupait maintenant toute la région palmaire moyenne, une grande partie de la thénarienne et une petite partie de l'hypothénar.

Je ne voulus pas la réparer immédiatement ; je la pansai à plat, et m'arrangeai de façon à maintenir les doigts bien écartés et rectilignes, quitte à les mobiliser à chaque pansement, ce que je ne manquai pas de faire quotidiennement.

Le 8 avril, j'avivai la plaie palmaire, extirpai toutes les cicatrices, tous les tissus scléreux, débridai encore les commissures, et couvris toute la surface cruentée d'un grand lambeau prélevé sur la mamelle gauche.

Le 21 avril, je sectionnai le pédicule de ce lambeau. Plus tard, je dus faire quelques petites retouches pour supprimer quelques excédents tégumentaires et mieux adapter la greffe.

Le 24 mai, je m'attaquai à la main gauche. Ici encore, je commençai par libérer le pouce en lui taillant à l'avance une sorte de manteau dans la cicatrice palmaire. Puis, je m'efforçai de redresser le petit doigt, de mobiliser et d'infléchir les autres doigts et d'isoler ces doigts les uns des autres.

Les indications au sujet des quatre derniers doigts étaient toutes différentes que pour la main droite.

Il ne restait plus ni tendon ni gaines tendineuses, la paume ellemême ne contenait que du tissu fibreux. On ne pouvait plus espérer rétablir les mouvements, sauf pour le pouce.

En conséquence, toute mon ambition allait à imposer à ces doigts une attitude en crochet permettant au pouce de venir à leur contact, et de fournir ensuite à la paume un revêtement cutané susceptible de supporter les pressions.

Les dernières phalanges du médius, de l'annulaire et du petit doigt durent être supprimées avec leur ongle difforme, la malade souffrant beaucoup à leur niveau, au point que tout contact lui était affreusement pénible.

Je pus sans trop d'efforts infléchir les doigts, les ligaments des articulations ayant cédé sous mes efforts.

Le 15 juin, je couvris la plaie palmaire d'un grand lambeau,

pris sur le sein droit, en m'efforçant, comme je l'avais déjà fait pour l'autre main, de faire pénétrer entre les racines des doigts, séparés à nouveau et par des sections allant jusque dans les espaces interosseux les portions correspondantes du contour du lambeau, et de les maintenir par des fils noués sur des tampons appliqués à la face dorsale.

Le 29 juin, je sectionnai le pédicule de la greffe, et il ne me resta plus qu'à l'aménager par quelques retouches ayant pour but de supprimer l'excédent de peau et de tissu adipeux.

Voici maintenant le résultat :

Pour la main droite, toute la paume, sauf une bande le long du bord interne, une bande ayant la largeur du petit doigt, est couverte par la greffe, qui s'étend sur la racine de l'annulaire, du médius, de l'index, du pouce, et s'étend largement dans l'espace qui sépare le pouce de l'index.

Cette greffe est unie, souple et parfaitement adaptée. Le pouce peut être porté en abduction complète ; les autres doigts peuvent s'écarter facilement dans les proportions normales ; l'extension se fait aisément et d'une manière irréprochable.

A gauche, je ne pouvais rien espérer de pareil, mais ce que je pouvais espérer, je crois l'avoir obtenu. Le pouce est mobile, quoique un peu incurvé encore ; il se déplace suffisamment pour venir s'appliquer aux extrémités des autres doigts auxquels j'ai pu imposer une inflexion palmaire, sauf le petit doigt qu'il ne peut atteindre. La malade peut donc saisir les objets, et, telle quelle, cette main, dont toute la face palmaire est bien garnie de téguments transplantés, lui sera très utile.

M. Demoulin. — Je tiens à féliciter mon ami M. Morestin, mon ancien élève, qui vient de me donner, sur ma demande, une leçon fort instructive.

Je ne pensais guère qu'une autoplastie quelconque pût avoir quelque chance de succès sur les deux mains de la malade qui vient de vous être présentée; malgré tout, je l'envoyai à Morestin. Vous pouvez, d'après ce que vous venez de voir, juger de ce que peut produire l'intervention d'un chirurgien fort habile, qui s'est livré depuis longtemps déjà, et avec le plus grand succès, vous le savez, à la pratique des autoplasties.

Suppuration dans l'épaisseur du frontal. — Evidement. — Stérilisation de la cavité à l'air chaud. — Plombage avec une pâte bismuthée. — Guérison par première intention.

M. Hartmann. — Le malade que je vous présente, est venu à l'hôpital Bichat porteur d'une tuméfaction douloureuse de la région frontale survenue depuis quelques semaines, sans aucun trouble antérieur du côté du nez. Il s'agissait bien évidemment d'une suppuration osseuse semblant correspondre au sinus frontal.

Par une incision passant au niveau des sourcils et de la racine du nez, j'ai ouvert une cavité suppurée, correspondant à une trépanation spontanée du frontal. A droite, la cavité s'étendait assez loin dans l'épaisseur du rebord orbitaire. Après abrasion de la paroi antérieure de la cavité avec la gouge et le maillet, j'eus devant les yeux une cavité à parois lisses, dont l'os avait disparu en un point, laissant voir à nu la dure-mère. J'en fis la *stérilisation* à l'air surchauffé, je la remplis de pâte bismuthée de Beck n° 2; puis je réunis sans drainage.

Bien que le pus contint de nombreuses chaînettes de streptocoques, la guérison par première intention fut obtenue. Actuellement, comme vous pouvez le voir, il n'y a aucune déformation.

M. Pierre Sebileau. — Le malade d'Hartmann m'intéresse beaucoup. Je dois dire d'abord que, puisque la cavité qui a été ouverte, curettée et comblée ne communiquait pas avec les fosses nasales, cette cavité doit être non pas le sinus frontal, mais bien une cellule ethmoïdale antérieure ayant pénétré dans le sinus. Il n'est donc pas étonnant que, désinfectée et séchée par l'air chaud, cette cavité ait pu supporter sans la moindre marque d'intolérance le bismuth qu'elle contient encore et que, selon toute vraisemblance, elle gardera toujours. J'ai montré ici, à plusieurs reprises, la grande complaisance des tissus de la face à l'égard des corps étrangers, même quand ils sont métalliques et implantés dans l'os, même quand ces corps étrangers sont placés dans une région infectée et qui reste en communication avec l'air extérieur.

Sans doute quelques-uns de mes collègues se rappellent-ils, non seulement les malades chez lesquels j'ai comblé une brèche de trépanation cranienne avec des plaques métalliques, mais encore cet opéré sur lequel, après large résection de la paroi antérieure d'un sinus frontal très grand, j'ai remplacé cette paroi par une lame d'or ajourée qui avait été emboutie et préparée par M. Delair.

Notre regretté maître et ami Nélaton m'avait annoncé l'ébranlement prochain et la rapide élimination de ma pièce prothétique ; il avait demandé qu'on lui montrât un seul cas de corps étranger métallique ayant séjourné plus d'une année dans les tissus... A plusieurs reprises j'avais ainsi, par des présentations successives, troublé sa religion. Eh bien! pas un seul des malades que j'ai montrés ici n'a encore présenté la moindre révolte contre son corps étranger. Celui d'entre eux qui porte un sinus frontal en or est opéré depuis une dizaine d'années ; il est garçon de café à Philadelphie et, à l'occasion de chaque premier de l'an, m'envoie des souhaits et des remerciements. Or, là, dans le sinus frontal, la plaque d'or est en pleine communication avec les fosses nasales.

J'ai, à Clamart, une petite chienne qui, depuis six ou sept ans, a son sinus frontal rempli d'amalgame. L'opération a été faite par un de mes élèves, le Dr Lemerle, qui a étudié expérimentalement avec moi la tolérance des tissus vis-à-vis les corps étrangers métalliques appliqués à la restauration prothétique. Cette petite chienne n'a jamais présenté la moindre réaction inflammatoire.

M. Monod. — Pourquoi, alors, renonce-t-on au trépied métallique dans la rhinoplastie?

M. Pierre Sebileau. — Je suis très heureux de l'occasion que m'offre mon maître Monod de m'expliquer sur cette question des « nez métalliques ». M. Monod a raison : jusqu'à ce jour, ces nez n'ont pas été (à ma connaissance du moins) tolérés par les tissus. J'en ai, ici même, donné à plusieurs reprises les raisons et j'ai montré, d'une manière très précise, je crois, sur un malade, le mécanisme de l'élimination des charpentes nasales en métal construites pour la prothèse faciale.

Quand un patient a perdu sa pyramide nasale, il l'a perdue par traumatisme ou par syphilis. Cette charpente a été détruite ou bien s'est effondrée et a pénétré dans la cavité nasale. Dans un cas comme dans l'autre, les téguments, par-dessus les débris osseux et cartilagineux, sont transformés en tissu cicatriciel; ils ont perdu toute élasticité, toute vitalité ; ils n'ont plus le pouvoir de s'étendre, de s'allonger. Alors il arrive ceci : le nez qu'on fabrique est une sorte de chevalet à arètes; entre les arètes existent de grands jours. On décolle les téguments, on fixe l'appareil sur la branche montante du maxillaire et sur l'os frontal ; par-dessus l'appareil, on applique les téguments. Ceux-ci, libérés par la dissection, arrivent à recouvrir, tant bien que mal, la prothèse. Mais peu à peu, la peau est attirée vers la profondeur par le travail de rétraction physiologique ; elle tend à rejoindre la surface cruentée

dont on l'a séparée. Alors, elle s'enfonce, s'invagine dans les jours, dans les interstices de l'appareil. Les arêtes, tout d'abord, la soutiennent. Puis elle finit par se couper sur ces arètes qui, progressivement, s'extériorisent. Et cela devient une chose très curieuse que de voir un opéré porter un nez de métal fixé dans l'os et cependant extériorisé. Ce n'est pas l'appareil qui sort de l'économie, c'est la peau qui rentre dans l'appareil. Il n'y a pas d'infection, pas d'ostéite raréfiante. Les crampons sont solides. Seulement le nez est en dehors de l'individu. Je tiens pour certain, ainsi que je l'ai déjà dit ici, qu'on obtiendrait de tout autres résultats si l'on fabriquait une prothèse pleine ou une prothèse n'ayant que de tout petits trous, pas trop rapprochés les uns des autres. Peut-être quelques-uns de mes collègues se rappellent-ils, précisément, cet autre opéré dont les téguments s'enfonçaient dans les petits orifices d'une plaque de métal que j'avais appliquée sur le crâne pour combler une brèche de trépanation, si bien que ces téguments avaient l'aspect d'un véritable écumoir !

M. Sieur. — Un procédé de plombage du sinus frontal analogue à celui préconisé par M. Hartmann a été mis en pratique par Citelli, chez deux opérés de sinusite frontale.

Dans un cas, la cavité du sinus étant petite, le résultat a été satisfaisant ; chez le second malade, dont la cavité sinusale était plus grande, des phénomènes d'intolérance ont apparu au bout de quelques mois et rendu nécessaire une seconde intervention.

M. Hartmann. — Je suis étonné que la pratique que je viens de signaler ait été suivie il y a longtemps par un chirurgien italien, car les appareils à air chaud, permettant de cautériser légèrement et de stériliser complètement une cavité, n'existent que depuis peu de temps. Il est probable que ce chirurgien a simplement rempli de pâte la cavité sans stérilisation préalable, comptant sur les propriétés antiseptiques de sa pâte pour en assurer la tolérance. Il a donc omis le temps, peut-être le plus important de la méthode, la *stérilisation de la cavité préalablement au plombage.*

Chez mon malade, la cavité, assez grande, se prolongeant dans le rebord orbitaire, ne communiquait pas avec la cavité nasale ; je pouvais donc espérer une stérilisation parfaite avec l'air surchauffé et par conséquent j'étais autorisé à pratiquer un plombage. Il est certain que si l'on compare le traitement que j'ai suivi à ceux communément employés, il n'y a aucune parité : la guérison a été beaucoup plus rapide et le résultat esthétique excellent.

Présentation de pièce.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

M. Sebileau présente une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. L'observation de la malade sera présentée plus tard.

ERRATUM

Page 1233, ligne 8, le texte doit être rétabli de la manière suivante : Une première fois, très fort d'arrière en avant, au moment où les muscles se contractent, une seconde fois, moins net, au retour, d'avant en arrière, lorsque les mêmes muscles reviennent au repos.

Le Secrétaire annuel,
E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une observation de M. LE ROY DES BARRES (de Saïgon), intitulée : *Appendicite et dysenteric amibienne.*

Renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. OMBRÉDANNE est nommé rapporteur.

3°. — Une observation d'*ostéomyélite aiguë primitive de l'adulte*, de M. GUIBAL (de Béziers).

Renvoyée à l'examen d'une Commission, dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

4°. — Une brochure du Dr R. LE CLERC (de Saint-Lô), ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Histoire médicale d'un collège, pendant une période de dix-neuf ans.*

5°. — Un album de radiographies de *Fractures de l'extrémité inférieure du radius*, du Dr F. DOMINGUEZ (de la Havane), accompagné de l'histoire clinique de ces fractures ;

Un cas de périostite ossifiante dans un sarcome de la région frontale ;

Un cas de double hémiplégie spasmodique d'origine traumatique, avec des photographies, du même auteur.

Toutes ces communications du Dr DOMINGUEZ sont renvoyées à l'examen d'une Commission, dont M. ROUTIER est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

Lettre de Madame Charles Nélaton.

M. le Président. — Messieurs, j'ai reçu de M[me] Charles Nélaton la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« Mon mari m'ayant fait connaître son désir de laisser sa Bibliothèque à la Société de Chirurgie pour compléter le don qu'il avait déjà fait de celle de son père, je viens vous prier de vouloir bien l'accepter en souvenir de celui qui a tant aimé votre Société et qui était fier d'en faire partie. »

La Société, consultée, accepte avec reconnaissance le don de son regretté ancien Président et charge le Secrétaire Général d'exprimer à M[me] Nélaton ses remerciements.

A l'occasion du procès-verbal.

Les anastomoses des voies biliaires avec les voies digestives.

M. Pierre Delbet. — J'ai été péniblement impressionné en entendant, dans notre dernière séance, mon ami Hartmann ne citer à propos des anastomoses des voies biliaires principales avec les voies digestives que des observations étrangères, reléguant sans doute les cas français dans le « et cætera » qui suit son énumération.

J'ai présenté ici même, le 31 juillet 1907, une malade que j'avais opérée vingt jours avant. Je lui avais fait une hépatico-jéjunostomie. Je ne reviens pas sur cette observation qui a été publiée.

J'ai fait de puis deux opérations du même genre. L'une a été exécutée le 19 février 1908. La vésicule ne communiquait plus avec l'hépatique. La disposition des parties était telle que je ne pus faire d'anastomose latéro-latérale. Je me décidai à sectionner le cholédoque au ras du pancréas pour faire une anastosome termino-latérale avec le duodénum. L'un des fils coupa le cholédoque, il en résulta une fistule biliaire. Cette fistule se tarit au bout d'une dizaine de jours et les selles se recolorèrent. Mais le malade fit une bronchite grave. Il était secoué par de terribles quintes de toux. Dans une de ces crises, le vingtième jour, il rompit sa cicatrice, qui n'était pas parfaite, et extériorisa une partie de ses anses intestinales. Il succomba deux jours après, le vingt-deuxième jour de l'opération.

Ma troisième opération date du mois de juillet 1910. Je trouvai un épithéliome du confluent hépato-cystique. La situation des organes était telle que l'établissement d'une anastomose biliaire présentait des difficultés extrêmes. Certainement, si le malade n'avait pas été mon ami, j'aurais refermé le ventre, mais le malheureux était suffisamment instruit de son état pour interpréter la persistance de son ictère comme une condamnation. D'autre part, il était torturé par des démangeaisons épouvantables. Comme l'extension de son néoplasme devait fatalement entraîner la mort à assez brève échéance, je pensai qu'il valait mieux l'exposer à une fin plus rapide que de lui laisser une survie de désespérance.

J'allai chercher l'hépatique dans le hile, à son origine. Il n'était libre que là, et très péniblement je l'anastomosai en attirant la paroi gastrique latéralement avec l'estomac. Le résultat fut merveilleux. L'écoulement de la bile, se rétablit immédiatement. L'ictère disparut complètement et mon ami se crut guéri. Le succès opératoire fut donc complet, mais la survie ne fut que de quelques mois, ainsi qu'il fallait s'y attendre. La mort survint par épuisement, sans que l'ictère se soit reproduit.

Je me borne à citer ces observations, sans entrer dans l'étude des anastomoses biliaires, question sur laquelle je poursuis des recherches avec mon élève et ami Mocquot, qui a déjà présenté des pièces expérimentales à la Société anatomique.

M. Tuffier. — Il me semble que dans cette question, il faudrait rappeler le nom de Terrier, qui a communiqué ici même, si j'ai bonne mémoire, des travaux sur ces anastomoses biliaires; il a même cité des faits m'appartenant.

M. Quénu. — En 1905, à propos d'une observation de M. Brin (d'Angers), j'ai fait un rapport sur la question. Le sujet a été amplement étudié devant notre Société dans cette circonstance.

Stérilisation des cavités osseuses.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Hartmann a présenté, dans la dernière séance, une observation de plombage d'un sinus frontal qui, d'ailleurs, ne communiquait pas avec les fosses nasales. Il a attribué son succès à la stérilisation de la cavité par l'air chaud. Je ne crois pas que la raison en soit là.

J'ai fait, il y a deux et trois ans, des expériences sur ce point. Après avoir gratté aussi soigneusement que possible de vieilles cavités ostéomyélitiques, je laissai M. Vignat y insuffler, avec

son excellent appareil, de l'air très chaud. Quand il croyait la stérilisation obtenue, je regrattais la cavité avec des instruments stériles et j'ensemençais les petites parcelles d'os ainsi enlevées.

Ces ensemencements ont toujours donné des cultures.

Au contraire, lorsque je faisais la même expérience après avoir inondé la cavité de teinture d'iode, les tubes restaient stériles.

Je crois donc que la teinture d'iode est supérieure à l'air chaud pour stériliser les cavités osseuses.

M. Quénu. — Ne puis-je objecter à M. Delbet que des fractions d'iode même infinitésimales sont peut-être suffisantes pour s'opposer à une culture *in vitro*, alors que pourtant le tissu n'est pas stérilisé?

Une main infectée et lavée dans le Van Swieten peut ne pas donner d'ensemencements dans un tube de gélatine, elle aura pourtant chance de contaminer des chairs cruentées.

Quant au pouvoir stérile de l'air chaud compatible avec la vitalité des tissus, je suis d'accord avec M. Delbet, ce pouvoir ne me paraît pas très étendu. J'ai largement utilisé l'air chaud depuis trois ans (appareil de Gaiffe), en particulier pour désinfecter des cavités osseuses nettoyées et curettées, je n'ai pas cliniquement obtenu les résultats favorables que j'escomptais.

M. Pierre Delbet. — M. Vignat a employé des températures élevées — 200 à 300 degrés si je me rappelle bien. Mais nous avons constaté que la température de l'os s'élevait très peu.

Il est bien certain qu'on peut stériliser tout par la chaleur. Mais quand il s'agit de tissus vivants, le problème est de les stériliser sans les tuer. Or, ce problème est insoluble. Une température qui respecte les tissus, ne tue pas les microbes. La température qui tue les microbes, tue également les tissus. En somme, je crois qu'il est impossible de stériliser des tissus par la chaleur sans les tuer.

Quant à l'objection que m'a faite M. Quénu au sujet de la teinture d'iode, elle est parfaitement valable. Elle se présente à l'esprit toutes les fois qu'on se sert d'antiseptiques, et je reconnais qu'il y a là une cause d'erreur.

M. Pierre Sebileau. — Je ne sais ce qu'il faut penser de la valeur de la stérilisation par l'air chaud, par la teinture d'iode ou par d'autres substances. Ce que je sais, c'est qu'au moins pour ce qui concerne le sinus frontal, cette stérilisation physique ou chimique n'est pas indispensable. D'ailleurs, pour une cavité aussi largement en communication avec le nez, conçoit-on que la stéri-

lisation soit vraiment réalisable? Mais l'air chaud — stérilisation hypothétique mise de côté — a un grand avantage : celui de dessécher la cavité et de permettre l'adhérence de l'amalgame ou de la pâte avec la paroi osseuse. Il en est des cavités osseuses comme des cavités dentaires : les odontologistes savent bien qu'ils ne stérilisent pas la loge de la pulpe et des organes radiculaires par l'air chaud qu'ils y insufflent; mais ils dessèchent ainsi la surface cémentaire, et cette dessiccation paraît absolument nécessaire à la bonne qualité de l'obturation.

Dans mes prothèses, je me suis contenté de réaliser une opération chirurgicale scrupuleusement propre.

Des tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes.

M. Robert Picqué. — Je voudrais apporter au débat deux cas de tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes, que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de mon maître, le professeur Mignon, et qu'il me permettra de vous communiquer pendant que la destinée l'a éloigné de nous.

Dans le premier cas, un sous-officier est évacué d'une garnison de l'Est, porteur d'une tuméfaction de la racine de la cuisse, soulevant d'un bombement régulier la région obturatrice.

D'une dureté ligneuse, collant au squelette du bassin, elle n'entrave que peu ou point les mouvements de la hanche; la fosse iliaque est libre; le développement s'est fait en quelques semaines, insidieux et sans fièvre.

L'état général est florissant.

Nos collègues et nous, nous partageons entre l'ostéo-sarcome et la tumeur bénigne, de nature, d'ailleurs, indéterminée.

Mais, l'incision exploratrice décidée, notre maître recommandait de ne pas oublier la préparation de quelques drains.

Et, en effet, après la traversée de tissus lardacés, la sonde pénétrait heureusement dans une cavité purulente du volume d'une noix, de laquelle, par un trajet étroit et anfractueux, elle remontait jusqu'au canal obturateur.

Nous ne sûmes jamais si la lésion avait débuté au pourtour de celui-ci, ou, en amont de lui, dans le bassin.

En somme, il s'était agi d'un abcès froid, ayant infiltré les

muscles adducteurs d'une coque épaisse de plusieurs centimètres ; le contour estompé de la tumeur à limites diffuses avait permis à notre maître de flairer la diagnostic.

Le deuxième cas fut plus troublant : il s'agissait d'un jeune officier évacué des confins algéro-marocains, pour une tumeur de la fosse iliaque.

Celle-ci, plus volumineuse que le poing, adhérait intimement à l'os iliaque ; bien plus, descendant jusqu'à l'arcade crurale, elle semblait avoir déjà gagné la paroi abdominale et faire corps avec elle.

Du côté du ventre, au contraire, ses limites étaient nettes et son contour mamelonné. Pas de fièvre. De plus, l'état général affaibli, le teint subictérique, semblaient s'ajouter à l'état local pour signer l'affection.

Un long séjour dans le sud-algérien pouvait, il est vrai, permettre de discuter l'interprétation de cette cachexie relative.

Tout paraissait donc indiquer un sarcome, et je m'exerçais déjà, sur le cadavre, à la technique des opérations mutilantes sur l'os iliaque.

Mais, plusieurs mois auparavant, le malade avait souffert d'une affection douloureuse de l'abdomen traitée pendant plusieurs semaines par la glace à demeure.

M. Mignon, retenant surtout cet antécédent, paraissait peu enclin à l'idée du sarcome.

L'intervention exploratrice fut décidée ; mais, ici, elle ne trancha pas aussi vite les doutes ; en effet, après incision de Roux, le bistouri tomba sur un tissu lardacé criant sous le bistouri, ayant transformé complètement le muscle qu'il fallut réséquer tranche par tranche.

Et ce n'est qu'après un très long labeur que le péritoine apparut, et, à son travers, collé à la fosse iliaque, l'appendice qu'il fallut sculpter à son contact.

Dans ce deuxième cas, l'adhérence au bassin, d'une part, la netteté des contours, d'autre part, rendaient le diagnostic plus difficile que dans le premier.

M. Tuffier. — Je ne crois pas que nous devions faire rentrer dans les tumeurs des membres les *néoplasmes de la fosse iliaque interne*. C'est là une région spéciale où les suppurations simulent les ostéosarcomes. J'ai étudié moi-même ces faits dans plusieurs publications.

Autrement importantes et autrement difficiles sont les tumeurs de la région humérale. Ce sont deux faits de ce genre que je vais vous rapporter, parce que j'ai revu les malades ces jours derniers.

Cette question des pseudo-sarcomes m'est familière, car j'ai fait l'an dernier une leçon clinique à l'hôpital sur ces faits, et mon chef de laboratoire, M. Manté, a développé dans une conférence toutes les difficultés du diagnostic histologique entre les lésions tuberculeuses syphilitiques et sarcomateuses. Voici mes deux dernières observations :

La première a trait à un homme de dix-neuf ans; il est arrivé dans mon service le 25 juillet 1909, et je le suivais depuis quelque temps. Il portait un ostéosarcome de la région costo-claviculaire droite. La tumeur, du volume de deux poings, avait débuté six mois auparavant et le malade était entré dans un autre hôpital, où une biopsie, dont il porte la cicatrice, avait été pratiquée; le diagnostic sarcome inopérable avait été formulé. Il me sembla qu'une tentative opératoire était cependant possible et, le 29 juillet, je fis l'ablation de la tumeur des ganglions axillaires, opération pénible, où je dus faire la ligature des vaisseaux axillaires, la résection de trois travers de doigt de la clavicule que je suturai ensuite, et enfin l'ablation de tout le plastron chondrocostal jusqu'à la 5e côte. Mon malade guérit, ayant une suppression de tout le tiers supérieur de la région antérieure du thorax et du poumon correspondant. Je vous l'ai d'ailleurs montré. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait depuis la biopsie, et je viens de revoir cet homme; il fait de la tuberculose pulmonaire sans trace d'une métastase quelconque de son néoplasme, et le succès opératoire ainsi que les suites pathologiques sont de nature à me faire douter de l'existence d'un sarcome.

La seconde malade est plus intéressante; c'est une femme de trente-trois ans, entrée le 16 juillet 1909 dans mon service pour un sarcome de la région sous-clavière du côté gauche avec volumineux engorgement ganglionnaire axillaire. A part l'envahissement des ganglions, la nature du néoplasme ne faisait aucun doute pour personne. — J'ajoute que la tuberculose et la syphilis, cliniquement recherchées, faisaient défaut. Le point de départ semblait être le corps de la clavicule; je réséquai les deux pectoraux, une partie de l'épaisseur de la clavicule, j'enlevai les ganglions axillaires et la malade guérit; le diagnostic histologique fut: sarcome. Mais le 28 octobre 1910 la malade revint dans mon service avec une tumeur de la clavicule du côté opposé. Pensant alors qu'il s'agissait peut-être d'une tumeur syphilitique, après l'absence de tous antécédents syphilitiques scrupuleusement recherchés, je lui fis faire un traitement spécifique et la tumeur disparut. Il est bien probable que la première tumeur était de même nature, car je viens de revoir cette malade, qui est absolument guérie et qui est accouchée il y a quelques mois.

Ces faits, pris entre nombre d'autres, m'ont démontré que cliniquement le diagnostic entre certaines lésions, tuberculeuses, syphilitiques ou le sarcome, est matériellement impossible. Les recherches poursuivies par M. Mauté dans mon laboratoire m'ont amené à cette conclusion : c'est qu'il est nécessaire de prélever un très grand nombre de fragments d'une tumeur, d'examiner des coupes très nombreuses de chaque fragment pour arriver à se faire une conviction. Si, dans certains cas, il semble qu'on puisse vraiment arriver à une certitude, il en est d'autres où la nature de la tumeur reste douteuse,

Ces données jettent une certaine clarté sur la *thérapeutique chirurgicale*; nous ne savons rien du pronostic des sarcomes opérés; il est probable que nos succès opératoires se doivent bien plus à la nature de la tumeur qu'au procédé employé.

Je me suis toujours élevé contre la prétention qu'on avait d'apprécier la valeur d'un procédé thérapeutique comme le radium ou les rayons X, en l'appliquant au traitement des sarcomes, et surtout en concluant témérairement de cette action positive à l'efficacité des mêmes moyens contre le cancer épithélial.

Reprenez toute l'histoire des rayons X et du radium, voyez toutes les superbes photographies si démonstratives ou même les malades présentés à notre Société et ailleurs, et vous constaterez comme moi que ces brillants résultats s'adressent le plus souvent à des tumeurs dites sarcomateuses. Il est évident que l'efficacité de ces moyens thérapeutiques doit singulièrement bénéficier de toutes ces tumeurs indéterminées de nature dite inflammatoire, parce qu'inconnue, et qui naturellement, guérissent sous leur influence. Je crois donc depuis longtemps qu'il est particulièrement utile de montrer qu'à côté des sarcomes, tumeurs malignes, il existe des néoplasmes capables de les simuler sans en avoir la gravité et le pronostic fatal. Il était nécessaire de mettre un peu d'ordre dans ce chaos pathologique du sarcome; notre discussion actuelle nous permet d'espérer des données scientifiques dorénavant plus exactes.

M. Lejars. — Je suis particulièrement heureux de la discussion qui s'est élevée autour des deux observations de M. le Dr Sénéchal, que je vous rapportais le 24 juin dernier; elle nous a valu toute une série de faits intéressants, et qui, certes, sont fort utiles à produire et à faire connaître. Cette question des « tumeurs inflammatoires » se présente souvent, en effet, dans la clinique courante; elle semble presque banale, par certains côtés; mais, à y réfléchir, on s'aperçoit que c'est là une de ces banalités auxquelles il faut

penser toujours, car l'erreur, si facile, pourrait se traduire par les conséquences les plus graves et les plus irrémédiables.

L'observation de M. Routier est des plus démonstratives, à ce point de vue, et je rappellerai que, dans les deux cas de M. Sénéchal, l'amputation de l'avant-bras, d'une part, la désarticulation de la hanche, de l'autre, avaient été conseillées par des chirurgiens, sur le diagnostic erroné de sarcome.

Il y a donc de nombreuses « tumeurs inflammatoires » (pour employer ce mauvais mot dans un sens purement descriptif), qui revêtent toutes les apparences des tumeurs malignes, en particulier du sarcome; à l'examen clinique, à l'examen opératoire, à l'examen macroscopique de la pièce; dans la série des similitudes trompeuses et des confusions, on devrait même faire une place à côté de la sclérose inflammatoire et du sarcome, à la syphilis, à la tuberculose, aux tumeurs mycosiques : les observations de MM. Routier, Savariaud, Morestin, Sebileau en témoignent et suffisent à faire ressortir les difficultés auxquelles on se heurte parfois, dans l'interprétation clinique. Réduite à ces termes, la conclusion de notre discussion n'est, certes, pas neuve, et, de plus, elle est un peu désespérante; elle commande la méfiance et la circonspection, sans doute, et c'est déjà quelque chose, mais nous voudrions bien dégager de cette étude quelque chose de plus.

Plus désespérant encore serait l'échec démontré de l'examen histologique; les cas rapportés par M. Routier, par M. Arrou, sont particulièrement décevants à ce point de vue, et, de plus, les exemples de ce genre ne sont pas exceptionnels. M. Quénu nous a rappelé fort justement « qu'il est souvent impossible, aujourd'hui, d'établir, sur le simple examen de quelques coupes histologiques, le diagnostic anatomique différentiel entre le groupe sarcome et le groupe « tumeurs inflammatoires ».

C'est là une donnée bien établie, à l'heure actuelle, par l'expérience du laboratoire; elle soulève une des plus grosses questions, celle des rapports de l'inflammation et du néoplasme. Sans aller si haut, voulez-vous me permettre, ici, d'élargir un peu les bases de la discussion qui vient de finir, et de rapprocher, pour un instant, réserves faites sur leurs origines, les diverses tumeurs inflammatoires, décrites en toutes régions. J'y trouverai l'avantage de pouvoir vous relater brièvement deux autres observations, qui nous ont été communiquées, l'une par M. le Dr Le Jemtel (d'Alençon) (1), l'autre par M. le Dr Louis Bazy (2); j'y trouverai

(1) Le Jemtel (d'Alençon). Tumeur inflammatoire juxta-intestinale. Opération. Guérison.

(2) Bazy (Louis). Tumeur inflammatoire de la paroi abdominale d'origine vésiculaire. Opération. Examen histologique.

surtout le moyen d'aborder, grâce à l'analyse microscopique très détaillée qui figure dans le travail de M. Louis Bazy, quelques points du problème histologique, entendu pratiquement, si je puis ainsi dire, et de reprendre la troublante communication de MM. Poncet et Leriche.

Nous avons discuté ici, en 1907, les « tumeurs inflammatoires » juxta-intestinales, dont l'histoire est, du reste, aujourd'hui bien connue ; l'observation de M. Le Jemtel servira à nous les rappeler.

Notre confrère est consulté par une femme de cinquante-trois ans, sans tare pathologique, qui, depuis deux ans, souffre du côté droit du ventre, dans la région sous-hépatique; les douleurs se répètent par crises, de plus en plus rapprochées; elles s'accompagnent de vomissements et d'une constipation opiniâtre; en même temps, une masse indurée est apparue dans l'hypocondre et s'est développée peu à peu. Elle a le volume des deux poings; elle est large de 7 à 8 centimètres, bosselée, irrégulière, un peu mobile; elle s'étend le long du côlon ascendant. La malade est, de plus, amaigrie et de mauvais teint. M. Le Jemtel conclut à un néoplasme colique; il intervient par la laparotomie latérale; il tombe immédiatement sur un tissu scléreux, adhérent, unissant le grand épiploon, les anses grêles et le côlon au foie; il libère peu à peu cette gangue adhérentielle au doigt, puis aux ciseaux; elle saigne abondamment. Comme la masse paraît se continuer profondément en dedans, il ferme son incision latérale et incise sur la ligne médiane; par cette voie nouvelle, il libère encore l'intestin, et il s'en tient là, laissant un drainage dans le foyer. La malade guérit; dix mois après, elle était d'une santé parfaite et l'on ne trouvait plus trace de la masse inflammatoire.

Ici, comme en beaucoup de faits analogues, c'est l'évolution ultérieure qui a finalement apporté la preuve. Dans le cas de M. Louis Bazy, elle a été fournie par l'examen histologique. L'observation a d'autant plus d'intérêt pour nous qu'elle provient du service de notre cher et regretté collègue Charles Nélaton; le sens clinique, la conscience méticuleuse que nous lui connaissions tous nous sont garants du soin qu'il avait mis à l'examen de la malade, et les difficultés du diagnostic, que nous étudions en ce moment, n'en ressortent que mieux.

Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, qui portait, à la région sous-hépatique, une tumeur, allongée verticalement dans le sens des fibres du droit, grosse comme un œuf de poule, dure, indolente à la pression, bien limitée, semblait-t-il, et qui s'immobilisait lorsqu'on faisait asseoir la malade. On conclut

à un fibrome de la paroi ; on ne trouvait, du reste, aucun passé hépatique, pas de coliques, pas d'ictère.

L'intervention fut pratiquée, sur ce diagnostic, par M. Nélaton; or, l'aponévrose incisée, la tumeur apparut sous un tout autre aspect qu'on ne l'avait prévu : elle adhérait à l'aponévrose, elle n'était point encapsulée, mais diffuse, et s'infiltrait entre les faisceaux musculaires. Dans ces conditions, notre collègue pensa au sarcome, et, tout de suite, il sectionna le muscle droit, à distance, au-dessus et au-dessous de la masse, pour l'extirper en bloc. Au cours de la dissection profonde, nouvelle surprise : la tumeur se prolonge, par un pédicule large, jusqu'à la vésicule biliaire, qui fait corps avec elle par son fond. La vésicule est découverte ; elle n'est pas distendue, paraît scléreuse, et contient un calcul enclavé, du volume d'une petite noix, près de son collet. On est donc amené à faire la cholécystectomie, et l'on enlève la vésicule en continuité avec la tumeur pariétale. Ouverte, elle présente, au voisinage de son collet, un rétrécissement derrière lequel repose le calcul ; au point de contact, il existe une ulcération bourgeonnante, sanieuse, saignante. L'impression qui se dégage de l'examen macroscopique de la pièce est celle-ci : « Cancer, ou, pour mieux dire, tumeur ulcérée de la vésicule biliaire, coïncidant, comme il est si fréquent, avec un calcul biliaire, et propagée à la paroi. »

L'examen histologique devait fournir l'interprétation exacte.

1° *Ulcération de la vésicule biliaire.* — La muqueuse a complètement disparu et il est impossible d'en retrouver les traces. A un faible grossissement, on se rend compte immédiatement qu'il ne s'agit nullement de tumeur maligne, mais bien d'ulcérations inflammatoires érodantes, comme on en rencontre fréquemment dans certains organes creux. La zone ulcérée est bordée à sa périphérie par une zone réactionnelle constituée par un tissu fibroïde dense déjà bien organisé et peu riche en vaisseaux. Cette zone de protection borde et limite l'ulcération, mais uniquement sur les parties latérales de celle-ci, et elle ne l'empêche nullement de gagner en profondeur. On voit, en effet, que la partie centrale ulcérée s'est produite non seulement aux dépens de la muqueuse et de la couche conjonctivo-vasculaire sous-jacente, mais encore aux dépens des couches musculaires, dont les faisceaux centraux ont complètement disparu, tandis que les faisceaux périphériques sont déjà largement infiltrés par le processus inflammatoire et progressivement disséqués et anéantis par lui. Tous les éléments normaux de la vésicule qui ont disparu ont fait place à un tissu de bourgeon charnu absolument caractéristique sur lequel nous n'insisterons pas. C'est, comme à l'habitude, un tissu néo-conjonctivo-vasculaire, peu riche en cellules fixes et où abondent les leucocytes mono et surtout polynucléaires et les vaisseaux capillaires néoformés à parois fragiles et gorgés de sang.

En dehors de l'ulcération, le vésicule présente des lésions atrophiques

des plus manifestes : disparition ou soudure des villosités ; épithélium cubique, bas; faisceaux musculaires dégénérés, etc.

2° *Tumeur.* — L'analyse histologique a été effectuée : a. au niveau du tissu cellulaire sous-cutané ; b. au niveau de l'aponévrose d'enveloppe du muscle droit; c. au niveau du muscle droit.

a) Les coupes comprenant le tissu cellulo-adipeux péritumoral dans sa partie superficielle montrent d'abord un épaississement fibroïde très accusé des travées conjonctives séparant les pelotons adipeux.

Dans les travées, il est fréquent de rencontrer, à côté des fibres lamineuses vivement colorées en rose par l'éosine, des amas cellulaires donnant l'impression d'îlots inflammatoires. Ceux-ci sont composés en général de petits mononucléaires rappelant les lymphocytes, répartis d'ordinaire autour des vaisseaux artériels et veineux et disposés en faisceaux plus ou moins anguleux. *Aucun de ces îlots inflammatoires n'est dégénéré ni caséifié et ne présente de cellules géantes.* Dans les travées les plus denses l'aspect n'est pas aussi remarquable. Là, le tissu est comme œdématié et même hémorragique et les cellules intercalaires se montrent volumineuses, à protoplasma vivement coloré avec des prolongements anastomotiques très accusés. Le noyau est très riche en chromatine, mais sans présenter traces de division directe ou indirecte. Il est fréquent de noter que ces leucocytes et ces cellules proliférées sont très abondants au contact des pelotons adipeux *et s'enfoncent entre les cellules adipeuses de manière à donner l'aspect d'une cirrhose subaiguë à marche envahissante.*

Dans ces placards leucocytaires, les *vaisseaux* inclus sont assez fréquemment le siège de lésions inflammatoires légères, subaiguës, la périartère étant hyperémiée au contact des éléments leucocytaires décrits plus haut, la membrane moyenne paraissant souvent quelque peu épaissie et surtout la membrane interne ayant très manifestement proliféré ses noyaux aussi bien dans les artères que dans les veines. On ne trouve pas cependant d'oblitération vasculaire ou de bourgeonnement intra-vasculaire marqués.

Non loin des gros vaisseaux artériels et surtout veineux, il est fréquent de rencontrer des *lymphatiques* diversement altérés. Les uns sont gonflés par des leucocytes tassés dans leur lumière et l'endothélium paraît intact. D'autres, altérés depuis plus longtemps, ont subi les lésions de l'endolymphite végétante. Leur lumière paraît rétrécie par des endothéliums proliférés et froncés. Les lésions vont jusqu'à une oblitération apparente du vaisseau.

Les pelotons adipeux sont de place en place tassés et même manifestement disséqués par le processus fibreux. A mesure même que la sclérose progresse et enserre les îlots adipeux, les cellules graisseuses se montrent de plus en plus petites, réduites jusqu'à prendre des dimensions inférieures à celles des cellules fixes tuméfiées du voisinage et finissent par disparaître.

b) Les aponévroses d'enveloppe n'ont pas résisté à l'inflammation végétante et sclérosante ; les tumeurs aponévrotiques apparaissent de place en place, découpées par des bourgeonnements conjonctivo-vascu-

laires très riches en leucocytes. En certains points, le tissu inflammatoire dissèque le tissu aponévrotique presque colonne par colonne ; ces colonnes apparaissant sur des coupes transversales comme des îlots arrondis ou ovalaires littéralement perdus au milieu du tissu fibreux.

c) Au dedans de l'aponévrose, on tombe sur une région musculaire singulièrement transformée, les masses musculaires ayant presque entièrement disparu, et le tissu cirrhotique ayant pris leur place tout en se montrant de plus en plus riche en îlots inflammatoires leucocytaires et en bourgeons charnus. *En certains points, les tourbillons du tissu fibroïde végétant prennent une disposition si onduleuse, si sinueuse, que l'on est obligé de les étudier, pour éliminer l'impression, l'idée d'un véritable fibrome.* Les travées conjonctives sont denses, séparées par de longues cellules interstitielles, plates, minces et en série linéaire, avec, de place en place, de rares vaisseaux capillaires, petits, étroits, difficilement accessibles au sang. Par endroits, au milieu de ces tourbillons, on voit encore très bourgeonnants des îlots de tissu de granulations. D'autres fois, au contraire, les capillaires et les veinules sont très abondants, larges, limités par des endothéliums nombreux. Ces vaisseaux, qui sont de véritables axes vasculaires, entraînent avec eux de minces coulées fibrillaires portant de gros et longs éléments cellulaires qui ressemblent à des fibroblastes.

Dans les points où les masses musculaires sont encore reconnaissables et sont englobées par les masses végétantes, les faisceaux semblent s'atrophier individuellement. Les fibrilles de myoplasma disparaissent pendant que les noyaux du sarcoplasma prolifèrent jusqu'à former de véritables cellules géantes musculaires, remarquables cependant par l'atrophie du muscle ainsi transformé à côté des faisceaux musculaires encore sains. Les cellules musculaires qui ont conservé leur myoplasma encore colorable et à peu près intact, montrent déjà une prolifération considérable des noyaux du sarcoplasma. Ces noyaux sont en général assez petits et entourés d'une auréole claire (atrophie hyperplasmique). Parfois même de véritables vacuoles se produisent en plein faisceau musculaire avec, au centre, un noyau flottant libre. Les vaisseaux du tissu conjonctif intermusculaire sont d'ordinaire très proliférés et entourés d'un manchon de leucocytes.

J'ai tenu à vous relater un peu longuement la description histologique de M. Louis Bazy, parce que les documents de ce genre ne sont pas très nombreux, et aussi parce qu'il a pu analyser de la façon la plus précise le mode d'extension du processus inflammatoire. « Cette inflammation, conclut-il, — et j'ajoute que ses conclusions sont aussi celles de M. le professeur Letulle, qui a examiné toutes les coupes, — cette inflammation se comporte comme une véritable tumeur, et, pourtant, en aucun point, on ne trouve les caractères d'une tumeur maligne. Il s'agit bien d'une inflammation subaiguë se traduisant par une cirrhose à marche

envahissante ; l'expression impropre de tumeur inflammatoire mériterait donc d'être conservée pour ces variétés d'inflammation qui, cliniquement aussi bien qu'histologiquement, simulent si bien les formations tumorales ».

Les similitudes sont telles, parfois, que le diagnostic histologique lui-même peut être erroné, s'il ne porte que sur un nombre restreint de coupes, et que, même si les coupes sont multipliées et répétées en différents points de la tumeur, l'interprétation définitive peut être des plus malaisées et des plus hésitantes. Si je me permets de rappeler ces difficultés, c'est que j'ai la bonne fortune d'avoir près de moi un histologiste fort distingué, rompu aux recherches de ce genre, M. Rubens-Duval, et que, maintes fois, j'ai eu l'occasion de m'occuper avec lui de ces complexes problèmes, dont la solution est d'une si grande importance pratique. Il arrive qu'à l'examen histologique on ne retrouve plus aucun des traits que nous étions accoutumés, traditionnellement, si je puis dire, à tenir pour caractéristiques; il arrive encore, comme M. Pierre Delbet en donnait un exemple dans la dernière séance, que l'on découvre une singulière association du tissu inflammatoire et du néoplasme; enfin les scléroses inflammatoires sont susceptibles, à une certaine date et dans certaines conditions, de se prêter à la dégénérescence néoplasique vraie, et c'est là encore un point à retenir. Faut-il en inférer que l'examen histologique est désormais sans valeur; ou bien convient-il de répudier les classifications jusqu'ici admises des tissus morbides? Est-il légitime et sage de faire tomber les barrières qu'on avait dressées pour séparer et distinguer sclérose inflammatoire, sarcome, tuberculose, syphilis, mycoses, etc.? Et, dès maintenant, peut-on dire, avec MM. Poncet et Leriche, que « la tuberculose, comme la syphilis, paraît donner naissance à des sarcomes, valablement reconnus tels par l'histologie et, par sa poussée irritative, crée, peut-être, bien des réactions sarcomateuses, comme elle fait naître des adénomes et des lipomes bénins »? La fin de la phrase explique toute la pensée de nos collègues; peut-être sera-t-elle la vérité de demain; mais, avant de faire crouler le vieil édifice, n'est-il pas désirable d'avoir tout prêts des matériaux suffisants pour reconstruire? Et la clinique ne nous impose-t-elle pas de respecter encore les cadres, établis par l'expérience?

J'estime, d'ailleurs, qu'il ne faut pas exagérer le soi-disant bilan de faillite de l'histologie, dans la question qui nous occupe, et que, en particulier, un certain nombre de cas mis à part, les biopsies peuvent encore, dans les « tumeurs » de diagnostic hésitant, nous fournir des données fort précieuses. Ce que l'on sait de la difficulté des interprétations histologiques commande, il est vrai,

une technique particulière de ces biopsies, qui ne doivent plus être bornées à de minimes prélèvements fragmentaires, en pleine tumeur, mais qui supposeront, pour permettre un examen valable, l'excision d'un segment assez volumineux de la masse, ou d'un segment périphérique.

Enfin, l'examen clinique ne perd jamais ses droits, et c'est lui, en définitive, qui, très souvent, nous donnera, non, certes, des signes de certitude, mais des présomptions, qui, rapprochées et comparées, prendront une réelle valeur. A part certains caractères de diffusion et d'adhérence de la pseudo-tumeur, les accidents fébriles antérieurs sont, je pense, toujours à rechercher avec soin, et, comme le disait M. Savariaud, ils fournissent assez souvent des indications très utiles.

Il resterait à savoir le pourquoi de ces inflammations d'allures si particulières et d'apparence néoplasique. Sous quelles influences originelles les réactions inflammatoires affectent-elles le processus de sclérose en masse, diffuse, envahissante? Est-ce là une question d'agent septique, de virulence spécialement atténuée? Nous le saurons peut-être un jour. Pour le moment, et pour la pratique, il suffit de signaler la relative fréquence de ces tumeurs douteuses et d'appeler sur elles la « méfiance » des observateurs.

M. Quénu. — Je prends la parole uniquement à propos du signe donné par M. Lejars pour différencier les sarcomes des tumeurs inflammatoires, à savoir les poussées de fièvre. Je crois que c'est là un mauvais signe : d'une part, les tumeurs viscérales sont souvent infectées, les cancers de l'intestin, voire le vulgaire cancer de l'estomac, s'accompagnent de fièvre, c'est là une notion banale aujourd'hui.

D'autre part, en dehors de toute infection, certaines tumeurs, telles que les sarcomes précisément, donnent lieu à des périodes pyrétiques. C'est là un fait qu'a découvert Estlander et que Verneuil a fait connaître en France. Depuis, nous avons souvent vérifié la réalité de la fièvre dans les sarcomes des membres comme dans les sarcomes viscéraux. Je signalerai spécialement les tumeurs malignes du foie comme s'accompagnant spécialement de fièvre; j'ai examiné avec M. Chauffard et opéré une malade chez laquelle, d'après la courbe thermique de deux mois, on pouvait soupçonner une angiocholite. La laparotomie exploratrice a montré qu'il s'agissait d'un cancer.

M. Pierre Delbet. — Il est certain que des tumeurs que nous appelons des sarcomes, et que sans doute on appellera longtemps

encore de ce nom, donnent des élévations de température. Mais il s'agit précisément de savoir si ces prétendues tumeurs ne sont pas des productions inflammatoires. C'est là la question, et, nous ne pouvions actuellement la trancher, car le microscope est souvent impuissant.

C'est pour le dire que j'avais demandé la parole. Mon ami Lejars ayant transporté la question du terrain clinique sur le terrain de la pathologie générale, je voulais dire ceci : la plupart de ceux qui s'occupent de recherches expérimentales sur le cancer, sont arrivés à cette conclusion que le microscope est souvent impuissant, parce que des productions inflammatoires sont capables de prendre les apparences morphologiques du cancer. Il en est de même de certaines altérations produites par des agents chimiques.

Expérimentalement, la question est d'importance capitale. On a étudié chez les animaux un certain nombre de productions qui ont l'apparence de cancers, et voici comment la question se pose : Je suppose que l'on trouve dans ces productions un microorganisme. Avant de rien conclure, il faut être bien sûr que la production est réellement un cancer. Or, on admet aujourd'hui que seules les greffes en série peuvent en donner une preuve scientifique indiscutable. Le microscope ne suffit pas; il faut les greffes en série avec la constatation que ce sont bien les cellules greffées qui se multiplient.

En clinique, ce genre de preuve ne peut être fourni. Nous sommes bien obligés de nous en tenir aux données cliniques, qui ont une incontestable valeur pratique, mais on ne peut pas s'en servir comme arguments scientifiques.

M. Tuffier. — Nous avons, jusqu'à plus ample informé, un critérium de la nature de ces tumeurs dites sarcomateuses, c'est leur généralisation. La fièvre n'a aucune valeur diagnostique, elle peut exister dans le sarcome, mon maître Verneuil me l'avait fait constater, j'en ai observé des faits indiscutables. Il ne s'agissait pas alors d'infections sarcomateuses ou de tumeurs inflammatoires, mais de néoplasmes dont j'ai constaté la généralisation; cliniquement, c'était bien ce que nous appelons un sarcome, et cependant l'état fébrile était subcontinu. Il n'y a donc pas là un élément de diagnostic entre un sarcome et un pseudo-sarcome.

L'examen du sang, sur lequel on avait basé quelque espoir, est également souvent en défaut; j'ai pu m'en assurer, quand j'ai étudié les faits consignés dans mon mémoire sur la valeur de l'examen du sang en chirurgie.

M. Quénu. — Je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Tuffier : en dehors des greffes expérimentales, il y a quelque chose qui nous démontre la nature néoplasique : « c'est la métastase, c'est la greffe spontanée viscérale sur l'individu lui-même ».

Il y a quelques années, j'opérais une malade atteinte de tumeur sarcomateuse du sein d'allures bénignes. La guérison fut obtenue en dix jours (le sein avait été enlevé). L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur complexe, mélange de sarcome et de parties cartilagineuses. Ceci se passait au mois de juillet. Au mois de septembre, la malade fut prise de douleurs dans le côté droit du ventre, un peu au-dessous du rebord costal. Un médecin pensa à une appendicite, à tort, car la région douloureuse était plus haute sous les côtes. La douleur disparut. Mais en octobre les douleurs réapparurent, accompagnées d'une fièvre intense et d'une tuméfaction considérable du foie. Sur les instances de la malade, j'intervins au commencement de novembre. Je constatai, par une incision latérale exploratrice, qu'il s'agissait d'une tumeur secondaire du foie sans aucune collection. Les ponctions restèrent frustes. La malade succomba quelques jours après.

M. Lejars. — Je ne voudrais répondre que quelques mots. Je m'étais attaché à ne point donner comme des signes certains les quelques ressources de diagnostic que je signalais, en particulier les poussées fébriles antérieures; je crois pourtant qu'il ne conviendrait pas de leur dénier toute valeur, en particulier, pour les tumeurs inflammatoires des membres. A l'abdomen, il est certain que la présence des muqueuses multiplie les causes de réactions fébriles.

Rapports.

Trois observations de trépanation cranienne décompressive, par M. le Dr L. Lapeyre (de Tours).

Rapport par M. A. BROCA.

Une des observations que nous a envoyées M. Lapeyre mérite d'être analysée avec quelques détails, parce qu'elle a trait à une indication opératoire assez rare. Il s'agit d'une *sclérose cérébrale probablement congénitale, s'étant compliquée, à vingt-cinq ans, d'hypertension par méningite séreuse.*

L'histoire de la sclérose cérébrale chez cet arriéré, atteint de nystagmus perpétuel avec oscillations latérales de la tête, fut classique jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A cette date, la céphalagie — qui toujours avait été fréquente — devint d'une intensité extrême, se compliqua de vertiges, de vomissements fréquents; le sommeil fut à peu près supprimé; tous les narcotiques et hypnotiques échouèrent. On connaît d'ailleurs bien, en neurologie, ces « pseudo-tumeurs cérébrales », qui sont en réalité des scléroses congénitales compliquées à un moment donné de méningite séreuse.

Le Dr Bosc institua d'abord un traitement hydrargyrique et essaya de calmer les troubles d'hypertension par des ponctions lombaires, au nombre de trois, à cinq jours d'intervalle. Après chacune, le bien-être fut considérable, mais pour deux à trois jours seulement, et, au bout d'un mois, il y avait, au total, aggravation fort nette des accidents, avec vomissements incessants et amaigrissement. Une trépanation décompressive fut alors proposée, mais le malade ne s'y soumit que trois semaines plus tard, parce qu'il allait de plus en plus mal. Deux ponctions lombaires préparatoires furent faites du 7 au 31 octobre.

La trépanation fut pratiquée le 31 octobre 1910, à la fraise et à la pince gouge, sur la face latérale droite de la voûte cranienne; elle fut pénible, parce que le crâne était très épais et très dur et que, privé de toute instrumentation spéciale, M. Lapeyre dut agir à la fraise et à la pince gouge. Dans la brèche osseuse, la dure-mère fit une forte saillie : M. Lapeyre l'incisa en croix et donna issue à une quantité modérée, mais non extrême, de liquide céphalo-rachidien. Il vit la pie-mère épaissie par une méningite légère. Le cerveau fit nettement hernie dans la brèche, puis souleva le lambeau suturé.

L'opération fut bien supportée, et M. Lapeyre se loue d'avoir évité, par les ponctions lombaires préalables, une décompression trop brusque.

Pendant les quinze premiers jours, le résultat fut nul. Puis il y eut amélioration progressive, et, au bout de six semaines environ, la céphalagie revint à son état ancien, les vomissements cessèrent presque complètement, la photophobie disparut, le cerveau s'affaissa sous le lambeau; et, deux mois et demi plus tard, une ponction lombaire d'épreuve démontra qu'il n'y avait plus d'hypertension. La vie ancienne put, à partir de là, être reprise.

En novembre 1911, le malade voulut se faire trépaner à gauche, parce qu'il prétendait n'avoir plus de céphalalgie que de ce côté. Mais MM. Lapeyre et Bosc n'y voulurent point consentir, parce qu'en réalité l'état cérébral du sujet leur parut identique à ce qu'il était avant la poussée méningitique de l'année précédente.

La lésion ici en cause est de celles contre lesquelles une action définitive est possible : on ne saurait, sans doute, songer à modifier la sclérose cérébrale, mais il est fort important d'avoir un moyen capable de mettre fin à des accidents anatomiquement bénins, quoique susceptibles d'acquérir, comme ce fut le cas ici, une importance fonctionnelle de premier rang, d'aboutir même à la mort,

comme cela eût peut-être bien eu lieu, sans la trépanation, chez l'opéré de M. Lapeyre. Et si, dans notre dernière discussion, j'ai pensé qu'on avait tort d'admettre trop facilement la compression intracranienne comme cause d'accidents cérébraux divers, de l'épilepsie en particulier, les faits comme celui-ci me semblent ressortir très nettement à cette pathogénie.

Les deux autres observations de M. Lapeyre m'arrêteront moins, car elles rentrent dans le cadre tout à fait classique. Elles ont trait à des tumeurs cérébelleuses du vermis inférieur, une diffuse, une sans doute en principe à peu près énucléable, mais toutes deux impossibles à enlever en raison de leur siège. Les sujets étaient âgés de treize et de quinze ans, et le début remontait à quatorze mois dans un cas, à dix-huit mois dans l'autre, et ils en étaient venus — après une symptomatologie cérébelleuse évidente — à un état accentué de torpeur, avec céphalalgie intense et vomissements incessants. M. Lapeyre enleva l'écaille de l'occipital et fendit séance tenante la dure-mère; il se rendit compte que la tumeur était inaccessible, située en avant du cervelet qu'elle refoulait. Le résultat fut excellent pour la cessation des vomissements et de la céphalalgie, mais les sujets succombèrent l'un en quatre mois, l'autre en quatre semaines.

De cela, M. Lapeyre conclut qu'il est fort intéressant de soulager les malades, mais que l'on n'a rien obtenu pour la survie. Sur le premier point, il a sûrement raison, et une fois de plus nous voyons quelle ressource précieuse nous avons, par l'opération, pour supprimer des souffrances atroces. Quant à la nullité de la survie, je n'y contredis point, tout en faisant remarquer qu'une tumeur cérébelleuse arrivant à la période de demi-torpeur ne laisse, en général, pas quatre mois d'existence au malade. Mais ce n'est qu'un point tout à fait accessoire : pour un enfant condamné à mort, quelques semaines de plus ou de moins sont sans intérêt, l'unique question est de mourir sans souffrances, et, sauf certains cas spéciaux, on peut en dire autant pour l'adulte.

M. Lapeyre est partisan de la trépanation en un temps. J'ai dit, il y a quelques mois, ici, que je préfère l'opération en deux temps.

Je vous propose de remercier M. Lapeyre et de vous souvenir, dans quelques semaines, qu'il est un de nos confrères de province qui nous ont envoyé de nombreuses et intéressantes observations.

— Les conclusions du rapport de M. Broca, mises aux voix, sont adoptées.

Brûlures des deux membres supérieurs par un courant électrique de dix mille volts. Double amputation du bras intra-deltoïdienne; guérison, par M. le Dr CAILLAUD (*de Monte-Carlo*).

Rapport de M. A. BROCA.

Le 31 mai 1911, un ingénieur de 35 ans, désirant vérifier un appareil enregistreur de courant électrique, placé contre un mur, au-dessus de sa tête, monta sur une caisse servant d'escabeau, placée au pied du mur, isolée du sol par des porcelaines. Il posa par mégarde la main gauche sur une pièce métallique scellée dans le mur et, par conséquent, lui donnant contact avec la terre, puis à un moment donné, la caisse sur laquelle il était posé venant à vaciller, pour garder l'équilibre il lança en avant la main droite et saisit une pièce d'un interrupteur tripolaire branché sur le courant de dix mille volts, triphasé à vingt-cinq périodes. Il reçut donc cette décharge d'une main à l'autre. Avant de perdre connaissance, il eut le temps de sentir de terribles contractions dans les muscles et des éclairs dans les yeux, puis il fut projeté inanimé sur le sol.

La perte de connaissance ne fut que de très courte durée : une demi-heure environ après l'accident, la lucidité était parfaite, mais il y avait une très vive agitation. Le facies était assez bon, mais le pouls faible.

Les lésions étaient cantonnées aux deux membres supérieurs : ils formaient deux masses rigides, dures, inertes, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au tendon d'insertion du grand pectoral. A ce niveau, la limite apparaissait entre le mort et le vif, suivant un plan nettement transversal perpendiculaire à l'axe du membre. C'était un spectacle saisissant de voir fixés à ce corps vivant ces deux bras, qu'on aurait dit appartenir à un cadavre. Au toucher, toutefois, on avait l'impression d'une température très élevée.

Les avant-bras étaient en légère flexion sur les bras, les doigts en flexion prononcée. Les articulations étaient absolument rigides. La peau, d'un blanc cadavérique, avait perdu son épiderme en plusieurs endroits, où le derme apparaissait avec une teinte rougeâtre ou violacée. C'est surtout au niveau des mains que l'on pouvait observer ce dépouillement de l'épiderme en larges lames entraînant quelques ongles. Au niveau de la face palmaire de l'index droit, on constatait une perte de substance profonde : l'os était à nu et autour de lui les parties molles apparaissaient calcinées.

Une épingle enfoncée dans les tissus jusqu'aux os ne provoquait

aucune sensibilité, et cela, même dans la partie la plus élevée de la lésion, alors qu'au delà de la limite indiquée la plus légère piqûre était parfaitement perçue. Il s'agissait donc d'une mortification complète ou presque complète des deux membres supérieurs, d'une sorte de coagulation massive provoquée par le courant. Ce qu'il y avait de remarquable, c'était la démarcation brusque, nette, précise, qui existait entre les parties mortes et les parties vivantes, et la symétrie des lésions sur les deux membres. En dehors des bras, on ne pouvait constater d'autre brûlure que sur la partie supérieure de l'épaule gauche, mais sur une étendue seulement de 2 centimètres carrés environ, n'intéressant que la peau.

Les autres parties du corps, les organes thoraciques et abdominaux ne paraissaient pas avoir été atteints.

Le malade, agité et souffrant, fut calmé par deux injections successives de morphine d'un centigramme et soutenu par une injection sous-cutanée de sérum artificiel. Il eut des vomissements abondants de bile dans l'après-midi. Examiné à 5 heures et demie le même soir, il avait une température rectale de 37°4. La respiration était irrégulière, onze par minute. Le pouls, à la carotide, était faible, de 84.

Le lendemain matin, 1er juin, à 8 heures : température 37°4; pouls faible, 104. Respiration difficile, irrégulière, 32 à la minute. La quantité d'urines émises depuis l'arrivée du malade, c'est-à-dire en vingt-quatre heures, est seulement d'un quart de litre. Elle est très brune, fortement albumineuse, renfermant des cylindres assez abondants. Sa coloration est due à de l'hémoglobine, sans traces de globules rouges.

Les vomissements ont persisté pendant la nuit. Localement, on observe un gonflement assez notable dans les tissus sains qui sont sur la limite des parties mortes. Ce gonflement est un peu douloureux. En somme, il y a aggravation de l'état général et local depuis la veille au soir.

L'opération s'impose donc immédiatement; ce fut, des deux côtés, une amputation intra-deltoïdienne à lambeau externe, obligeant à sectionner les os à quatre ou cinq centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus. La délimitation des tissus sains et des tissus mortifiés se fit avec la plus grande facilité, non seulement au niveau de la peau, mais aussi dans les parties profondes : les muscles brûlés étaient de coloration brune et présentaient une abondante extravasation de sang noir entre les faisceaux de leurs fibres. Les vaisseaux, artère et veines humérales, étaient thrombosés.

Le malade, malgré son mauvais état général, supporta assez bien

cette double amputation. On lui fit une injection de sérum d'un litre le matin et un autre le soir.

A six heures du soir, l'état est le suivant : pouls, 140, faible. Respiration un peu moins difficile que le matin et un peu plus régulière. Température : 39°6. Vomissements. Ces vomissements persistent jusqu'à trois heures du matin.

Le lendemain matin, 2 juin, à huit heures, température : 37°9. Pouls : 116, encore faible, mais régulier. Respiration : 24, encore un peu irrégulière. Il y a eu deux émissions d'urine. Cette urine est encore un peu foncée, mais ne renferme plus que des traces d'hémoglobine.

Le 3 juin. Température : 37°8. Pouls : 88, régulier, plus fort. Respiration : 20, régulière. Facies bon, coloré. Urines : 2 litres, de couleur normale. Il y a eu 4 litres de liquide absorbé dans les vingt-quatre heures.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore promptement et le 5 juin l'état est normal.

Les plaies d'amputation se cicatrisèrent régulièrement, sans suppuration, mais lentement. Au niveau du passage des drains placés dans les moignons, il y eut un peu de désunion des tissus. La réparation, le bourgeonnement de ces plaies furent longs. De même la petite brûlure insignifiante placée sur l'épaule et qui n'intéressait que la peau, mit environ cinq semaines à se cicatriser. Le malade fut guéri définitivement en sept semaines.

L'examen des membres pratiqué sur des coupes transversales révèle les particularités suivantes : les tendons ont pris la teinte de la gélatine et sont devenus translucides. Les muscles, dans la partie la plus voisine des mains, à l'endroit soumis à la plus haute température, sont exsangues, grisâtres. Plus haut, ayant subi une température moins élevée, leur cuisson est moindre ; ils sont bruns avec une extravasation de sang noir entre leurs fibres.

Ce cas confirme donc ce que l'on sait déjà de l'action des courants. Ce ne sont pas les courants de très haute tension les plus dangereux, mais bien les courants de moyen voltage (500 à 600 volts). Dans un article récent de *La Presse médicale* (n° 54, 1911) Lenormant a rapporté les expériences de Prévost et Batelli qui expliquent cette différence. Les courants de faible et moyen voltage (200 à 500 volts) exerceraient une action spéciale (trémulations fibrillaires) sur le myocarde, empêchant le retour à la contraction rythmique normale, tandis que les courants de haute tension (1.200 à 4.800 volts) n'auraient pas d'effet direct sur le cœur, ne produisant qu'une inhibition du centre respiratoire. Dans ces conditions de haut voltage, les brûlures produites instantanément aux points de contact par l'énorme chaleur dégagée, forme-

raient une résistance qui interromprait le courant avant que l'arrêt respiratoire ne soit définitif et sauveraient le blessé.

Il ne m'a pas semblé utile de reprendre plus longuement devant vous cette analyse, toute récente, des derniers travaux sur le sujet. Mais le fait, que j'ai rapporté à peu près *in extenso*, m'a paru digne de figurer, sans commentaires, dans vos Bulletins. Il prêtera à discussion si quelqu'un d'entre nous est compétent sur cette forme rare de fulguration.

Je n'ai donc plus qu'à féliciter M. Caillaud de son succès et à vous prier de lui adresser nos remerciements.

M. Bazy. — J'ai eu l'occasion de soigner et de voir guérir un employé d'une usine électrique qui a été, lui aussi, électrocuté par un courant triphasé de 10.000 volts dans les conditions suivantes :

Il est amené à saisir avec la main gauche un des câbles conducteurs où passait le courant susdit.

Il s'établit un courant entre le conducteur et le sol, et le résultat est une brûlure totale de la main, de l'avant-bras gauche et de la moitié inférieure du bras, une brûlure totale des pieds et de la moitié inférieure des deux jambes, plus une brûlure profonde de la région sous-maxillaire dont le mécanisme est le suivant :

Sous l'influence du courant, les muscles du membre supérieur s'étaient contracturés et la tête avait été portée contre la main gauche crispée par le conducteur; la région sous-maxillaire gauche s'était mise en contact avec la main, et il en est résulté une gangrène de la peau et une nécrose d'une partie du maxillaire inférieur.

Le malade a eu en outre dès le deuxième jour, un ictère intense et prolongé, de l'hématurie prolongée, ce qui prouve que le foie et le rein avaient été touchés par le courant électrique.

Contre toute attente, étant donnée la gravité de tous ces accidents, ce malade a guéri après amputation retardée du bras gauche et des deux jambes et a pu partir pour la Suisse, d'où il est originaire. J'ai eu de ses nouvelles, il a continué à se bien porter.

— Les conclusions du rapport de M. Broca, mises aux voix, sont adoptées.

Luxation intracoracoïdienne datant de quatre mois et demi. Guérison par résection et arthrotomie, par M. le Dr RASTOUIL (de La Rochelle).

Rapport de M. WALTHER.

M. Rastouil (de La Rochelle) vous a envoyé il y a quelque temps une observation de résection de la tête humérale pour luxation ancienne de l'épaule, observation que vous m'avez chargé de rapporter et que j'analyserai très brièvement.

La malade, âgée de soixante-deux ans, avait une luxation depuis quatre mois et demi traitée par un rebouteur, lorsqu'elle se présenta à l'examen de M. Rastouil. Ce dernier, constatant l'existence d'une luxation intracoracoïdienne, avec immobilité complète de la tête humérale, fit faire pendant quelques jours des séances répétées de mobilisation prudente de la tête humérale.

A la sixième séance, en essayant des mouvements de rotation sur place, on perçut de petits craquements suivis d'un peu de mobilité.

Après une dizaine de jours de massage, de mobilisation, la tête de l'humérus tournant assez bien sur place en dedans et en dehors, M. Rastouil fit un premier essai de réduction sous l'anesthésie; ces tentatives de réduction restèrent sans résultat et, après un repos de quatre ou cinq jours, on reprend le massage musculaire de l'épaule et la mobilisation de la tête humérale pendant six jours, après lesquels est fait un deuxième essai de réduction sous l'anesthésie.

Toutes les tentatives de réduction par le procédé de Mothes restant sans aucun résultat, M. Rastouil fit séance tenante une opération qui lui sembla moins aléatoire dans ses résultats ou moins dangereuse que l'emploi des procédés de force.

Par deux incisions, l'une verticale, descendant de l'articulation acromio-claviculaire, l'autre horizontale, partant de l'extrémité supérieure de la précédente et se dirigeant en arrière eu suivant l'acromion. M. Rastouil put atteindre la capsule articulaire en rabattant en dehors ce volet triangulaire et sans sectionner l'acromion.

La tête humérale qui semble très volumineuse, hypertrophiée, est débarrassée des attaches fibreuses qui la recouvrent; mais, même après cette opération, la réduction est impossible.

La tête est alors réséquée par un trait de scie passant au niveau de la grosse tubérosité, à deux centimètres du col anatomique

traversant la gouttière de la longue portion du biceps, puis la petite tubérosité à un centimètre en dessous du col anatomique.

La réduction ne peut encore se faire ; elle n'est obtenue qu'après libération à la rugine des attaches capsulaires en dedans et en dehors.

Cette libération poursuivie avec prudence fait, en effet, à un moment donné, bâiller la capsule et rentrer le moignon huméral dans la cavité articulaire.

L'exploration de cette cavité n'y révèle la présence d'aucun débris osseux.

L'extrémité supérieure de l'humérus étant alors remise en place, les plaies sont suturées. Un drain placé à l'extrémité inférieure de l'incision verticale est retiré au bout de quarante-huit heures.

Le massage et la mobilisation commencent aussitôt après la cicatrisation de la peau, et les mouvements étendus ne sont commencés qu'après quatre semaines environ.

M. Rastouil nous envoie une radiographie et un compte rendu de l'état actuel de la malade, qu'il a revue le 11 juillet dernier. Le moignon huméral est en bonne position, les mouvements se font assez bien, sauf les mouvements d'abduction qui ne dépassent guère 45 degrés ; mais M. Rastouil espère les étendre davantage par le massage et l'électrisation.

Ce résultat n'est donc pas encore parfait ; on peut penser, avec M. Rastouil, que le massage, l'électrisation, mais surtout les mouvements actifs, la gymnastique bien conduite, amélioreront ces mouvements encore incomplets.

La résection de la tête humérale semblait du reste indiquée ici par l'immobilisation de l'humérus dans cette luxation de quatre mois et demi.

M. Rastouil ne parle pas dans son observation de douleurs qui auraient pu apporter aussi une indication opératoire, mais ici l'immobilité de l'humérus et la difficulté d'obtenir par la mobilisation une amplitude suffisante de mouvements constituent une indication légitime à l'intervention.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Rastouil et de ne point oublier que le nombre des communications qu'il vous a adressées depuis plusieurs années lui donne le meilleur titre à vos suffrages.

— Les conclusions du rapport de M. Walther, mises aux voix, sont adoptées.

Résection subtotale de la diaphyse tibiale dans un cas d'ostéomyélite aiguë. Résultat au bout de sept ans, par M. le Dr HARDOUIN, professeur suppléant de médecine chirurgicale à l'École de Rennes.

Rapport de M. C. WALTHER.

Messieurs, vous avez bien voulu me charger d'étudier et de vous rapporter une observation de résection de la diaphyse tibiale pour ostéomyélite que vous a présentée le mois dernier M. le Dr Hardouin, de Rennes.

Cette observation est intéressante en elle-même puisqu'elle nous apporte un document ; elle a trait, de plus, à une question importante et discutable de thérapeutique chirurgicale.

Voici tout d'abord les détails de l'observation, dans laquelle je résumerai très brièvement tout ce qui a trait à l'histoire de la maladie pour insister plus utilement sur les points plus importants : traitement opératoire et réparation ultérieure de l'os.

La malade, une fillette de quatorze ans, entre le 12 janvier 1905 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de M. le Dr Le Moniet, qui confie à son suppléant, M. Hardouin, le traitement de l'enfant. Celle-ci, atteinte depuis six jours, présente tous les signes évidents d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia du côté droit : état général grave, température 39°2, langue sèche, agitation, facies très altéré, un peu de diarrhée, mais pas d'albumine dans l'urine.

On constate une tuméfaction énorme de toute la jambe jusqu'au tiers inférieur du genou et de l'extrémité inférieure de la cuisse ; sur la face interne du tibia, existe une fluctuation évidente et superficielle ; en arrière, de la fluctuation profonde dans le mollet. L'existence d'un point douloureux très net sur l'extrémité inférieure du fémur décèle, là, un autre foyer d'ostéomyélite, et la tuméfaction du genou fait supposer l'existence d'une arthrite suppurée.

M. Hardouin intervient immédiatement, fait sur le tibia une longue incision qui donne issue à un flot de pus :

« Le périoste, nous dit M. Hardouin, est complètement décollé de l'os, qui baigne dans un véritable manchon de pus. Les fusées purulentes, sous-périostiques, descendent jusqu'au quart inférieur de la jambe gauche, remontent au voisinage de l'articulation ; en outre, le pus, après avoir franchi le périoste, s'est infiltré dans les tissus voisins sous la peau et dans la loge postérieure de la jambe. Une incision dans le mollet permet l'évacuation d'une quantité considérable de pus.

« En présence de cet os dénudé et entouré de pus depuis déjà plusieurs jours et visiblement mort, nous pensons qu'il pourrait être plus utile pour la malade d'être débarrassée d'emblée de ce séquestre, comptant sur le périoste pour réédifier un os neuf sans avoir recours, comme nous le faisons habituellement, au tuteur formé par l'os ancien évidé. Ainsi décidés à agir, nous passons entre l'os et le périoste une scie de Gigli et nous sectionnons le tibia en haut, très près de l'épiphyse, à peu de distance du cartilage de conjugaison; en bas, l'incision porte à l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs du tibia, là où nous pensons que l'os dénudé n'a plus aucune chance de vivre. Le périoste, nettement visible au fond de la plaie, est tamponné de gaze stérilisée; un gros drain dans le mollet en arrière. »

A la face inférieure et interne de la cuisse, on incise un volumineux abcès indépendant; le fémur est trépané et on passe un drain dans le creux poplité. Une ponction exploratrice du genou ayant confirmé le diagnostic d'arthrite suppurée, l'articulation est ouverte et largement drainée.

Je passe sur les suites opératoires immédiates qui ne présentent pas un intérêt spécial. Etat stationnaire pendant quelques jours, puis abaissement progressif de la température, qui atteint la normale au bout d'une quinzaine de jours; suppuration abondante de la plaie tibiale qui s'améliore ensuite rapidement.

Voici maintenant les renseignements que nous donne M. Hardouin sur les suites éloignées et sur la réparation du tibia :

« Au bout de quatre mois environ, la partie moyenne de la jambe est cicatrisée, tandis que persiste encore aux extrémités supérieures et inférieures une plaie laissant sourdre du pus en abondance.

« Vers la fin de l'année 1905, il y en a encore une à la partie supérieure du tibia et une autre en bas.

« Le genou est guéri; petite fistule à l'extrémité inférieure du fémur.

« Au commencement de 1906, un certain nombre d'abcès se produisent à l'extrémité inférieure de la jambe, au niveau et un peu au-dessous du point de section primitif. Ces abcès sont ouverts ; il en sort quelques petites esquilles et tout semble rentrer dans l'ordre. Cependant bientôt apparaissent de nouveaux foyers d'infection, et, à la suite d'une incision en arrière, sur le bord du tendon d'Achille, on extirpe un séquestre de deux à trois centimètres de longueur, représentant presque tout le pourtour du tibia. En même temps, on curette deux petites fistules siégeant à l'extrémité supérieure de l'os. »

Les plaies se cicatrisent rapidement, et bientôt la guérison per-

siste complète à l'extrémité inférieure de la jambe. En haut, il reste une fistule. A cette époque, on constate très bien par le palper une masse osseuse paraissant considérable qui a remplacé la longue portion du tibia enlevée. La jambe est en bonne situation.

Quelques nouvelles poussées d'infection nécessitent encore une intervention, le 13 février 1907, pour un petit abcès de la face antérieure du tibia, en haut, et la malade sort du service avec une fistule dans la région du genou. La persistance de cette fistule aurait à nouveau nécessité un séjour à Paris, dans le service de M. le Dr Jalaguier, et enfin la malade se trouva définitivement guérie dans le courant de 1908, soit trois ans environ après le début des accidents.

M. Hardouin a revu la malade au mois d'avril 1911, par conséquent plus de six ans après l'opération, et nous envoie la photographie et la radiographie qui permettent, avec la description qu'il nous donne de l'examen de la malade, de nous rendre compte du résultat obtenu.

Depuis 1908, la guérison s'est maintenue. Actuellement, on constate, à la face antéro-interne de la jambe droite, une longue cicatrice adhérente aux places profondes, non ulcérée, non douloureuse, étendue depuis la tubérosité antérieure du tibia jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne tibiotarsien; plus haut, les cicatrices de trepanation de l'extrémité inférieure du fémur et d'arthrotomie du genou.

Au palper, on trouve un tibia dur, épaissi, non douloureux à la pression, de forme assez régulière, un peu convexe en dedans.

L'articulation du genou a recouvré sa mobilité. L'extension est complète, la flexion dépasse de beaucoup l'angle droit.

La tête du péroné semble beaucoup plus saillante qu'à l'état normal. Elle remonte plus haut que du côté sain. Le péroné a subi un allongement de 2 centimètres (34 centimètres à droite, 32 à gauche). Le plateau tibial fait, lui aussi, une saillie marquée en dehors.

La jeune fille marche bien, sans boiter; elle peut supporter sans fatigue tous les travaux de la campagne.

La *radiographie* qui accompagne l'observation permet d'apprécier le degré de régénération du tibia et la forme de l'os nouveau; sa limite est très nettement marquée à la partie inférieure par la section de l'os ancien, dont le plateau déborde en dehors l'os nouveau plus grêle qui vient se souder à sa moitié externe. En haut, il est bien difficile de déterminer le point où a porté la section. Ici, l'os nouveau se continue avec l'os ancien sans ligne de démarcation. Le nouveau tibia est incurvé, à convexité interne; en

dehors, une autre tige osseuse, séparée de la première par un espace clair, s'interrompt assez brusquement, laissant entre son extrémité inférieure un peu irrégulière et la partie externe du plateau de section de l'os ancien, un vide qui correspond peut-être aux séquestres éliminés dans l'année qui suivit l'opération.

L'épiphyse supérieure du tibia est déformée, élargie, saillant en dehors; son axe forme avec l'axe de la diaphyse un angle de 130 degrés environ.

Le péroné est épaissi dans son tiers moyen, région qui correspond à l'échancrure de la partie externe du tibia nouveau.

Le résultat qu'a obtenu M. Hardouin est donc très bon : guérison de l'ostéomyélite du fémur par trépanation, guérison de l'arthrite suppurée du genou par arthrotomie et avec rétablissement des mouvements de l'articulation; guérison de l'ostéomyélite du tibia par résection subtotale de la diaphyse, guérison avec intégrité des fonctions du membre. Nous aurions mauvaise grâce à ne l'en point féliciter, et je suis d'autant plus à l'aise pour le faire que je n'aurais, sans doute, pas suivi la même méthode de traitement, du moins en ce qui concerne le tibia.

L'observation de M. Hardouin pose à nouveau la question de la résection primitive de la diaphyse dénudée dans l'ostéomyélite aiguë.

Déjà, en 1898, je vous avais apporté ici (1) une très belle observation de M. le Dr Paulidès (de Rhodes), observation de résection primitive *totale* suivie de guérison complète, en six mois, avec reproduction de toute la diaphyse tibiale et sans aucun trouble de croissance consécutif.

Voici quelles étaient les conclusions de mon rapport : « Entraîné par le succès qu'il a obtenu, M. Paulidès, dans les réflexions qui font suite à cette observation, conclut à l'indication de l'ablation immédiate de la diaphyse dénudée dans le cas d'ostéomyélite aiguë.

« Je ne saurais ici partager son opinion, et je crois que la large trépanation, le large évidement assurent aussi bien la désinfection, tout en permettant à un travail réparateur de faire un os nouveau, de reprendre parfois une grande partie de la diaphyse ancienne, de réduire souvent à de petites dimensions le séquestre que devra enlever une intervention secondaire. »

Le moment est-il venu de modifier l'indication classique de la trépanation, de l'évidement, et d'accepter l'indication nouvelle de la résection primitive de la diaphyse? (Je ne parle ici, en effet, bien entendu, que de l'ostéomyélite des os longs et particulière-

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1898, p. 983.

ment de l'ostéomyélite du tibia, car pour les os courts, le calcanéum, l'astragale, par exemple, la résection primitive est, je crois, acceptée par tous les chirurgiens.)

Vous savez avec quelle ardeur M. Jeannel a soutenu la cause de la résection diaphysaire totale ou subtotale (1), apportant vingt-six observations qui prouvent au moins la réalité de la régénération de l'os, puisque, dans un seul cas, la diaphyse ne s'est pas reproduite, le périoste ayant été complètement détruit par la suppuration. A ses vingt-six observations, M. Jeannel ajoute les huit faits rapportés, en 1907, par Smoler (2), et les trois cas de résection de diaphyse tibiale que M. Tédenat (3) a cités avec neuf cas de résection du premier métatarsien, dans la discussion des rapports de M. Broca (4) et de M. Nové-Josserand au XXI[e] Congrès français de Chirurgie.

Mais, dans presque toutes ces observations, il s'agit de résections secondaires ou tardives, et je ne veux pas m'en occuper ici, n'ayant pas à rouvrir le vieux débat entre l'évidement et la résection, mais seulement à discuter la résection primitive, la résection d'emblée dans l'ostéomyélite aiguë du tibia.

Or, dans le travail de M. Jeannel, nous ne trouvons que trois observations qui semblent pouvoir être rapportées à une résection primitive (obs. I, XXIV et XXV), bien que la date précise du début des accidents ne soit pas indiquée. Voici ces trois observations :

Obs. I. — Enfant de neuf ans, ostéomyélite aiguë bipolaire du tibia gauche. Le 8 février 1888, résection totale de la diaphyse, les deux épiphyses sont respectées. A la sortie, fin août, le tibia était régénéré en grande partie; a marché en septembre. Revu vers 1900. Dimensions de la jambe : circonférence au mollet gauche, 35 centimètres; au mollet droit, 32; longueur à gauche, 35; à droite, 36 centimètres; os solide, bien régénéré; une encoche à 7 centimètres du plateau tibial; ne boite pas; articulations du genou et du pied libres. Bonne cicatrice non adhérente. Varices à la jambe gauche. Exerce le métier de maçon.

Obs XXIV. — Neuf ans. Ostéomyélite bipolaire du tibia gauche, nécrose totale de la diaphyse et de l'épiphyse supérieure, arthrite purulente du genou. Le 5 juillet 1901, résection totale, plateau tibial compris. Epiphyse inférieure exclue, arthrotomie du genou, durée du traitement post-opératoire jusqu'à la sortie de l'hôpital, deux mois, guérison.

(1) Jeannel. De la résection diaphysaire dans le traitement de l'ostéomyélite. *Province médicale*, 16 octobre 1909.

(2) Smoler. Zur subperiostalen Diaphysenresektion bei Osteomyelitis der langen Rohrenkerochen. *Zeitschrift für Heilkunde*, 1907, Bd XXVIII, Neue Folge, Bd VIII, S. 7.

(3) Tédenat. *Comptes rendus du XXI[e] Congrès de chirurgie*, 1908, p. 509.

(4) Broca. *Ibid.*, p. 417, et Nové-Josserand, p. 456.

Obs. XXV. — Six ans. Ostéomyélite bipolaire du tibia, nécrose de la diaphyse; le 22 novembre 1901, résection de toute la diaphyse; respect des épiphyses; sorti au bout de quatre mois, avec une réfection osseuse régulière et déjà avancée, mais avec quelques fistules suppurantes. Revu en avril 1906. Réfection totale excellente et solide; fistules taries depuis longtemps.

Voilà donc deux observations qui témoignent d'un bon résultat éloigné après une résection totale peut-être primitive. Le manque de renseignements ultérieurs dans l'observation XXIV ne permet pas d'apprécier le résultat thérapeutique.

Dans le cas particulier de M. Hardouin, le résultat est très bon, mais la guérison a été longue à obtenir; ce n'est qu'au bout de trois ans et après de multiples accidents locaux, abcès, fistules, élimination de séquestres, que l'enfant a été définitivement guérie. Et M. Hardouin, reconnaissant très franchement que le résultat n'est pas meilleur que celui qu'auraient donné la trépanation et l'évidement, se demande s'il ne faut pas incriminer ici une technique opératoire défectueuse, trop timide, car la section inférieure de la diaphyse a porté en tissu infecté, comme en témoigne l'élimination d'un séquestre en bague du segment inférieur du tibia. Peut-être la section plus large en os sain eût-elle donné un résultat comparable à celui qu'en avait obtenu M. Paulidès et à ceux que rapporte M. Jeannel dans les ostéomyélites anciennes.

Mais, si cette méthode de la résection primitive, étayée par de plus nombreuses observations, prenait place à côté de la trépanation, de l'évidement, encore conviendrait-il d'en bien limiter les indications. Elle ne saurait s'appliquer qu'aux cas où l'affection date déjà de plusieurs jours, de cinq à dix jours environ, et dans lesquels on trouve un périoste complètement décollé par la suppuration, un cylindre diaphysaire nettement isolé, marqué pour la nécrose totale. Ici, en effet, nous pourrions éviter la longue évolution de la séquestration et les interventions secondaires souvent multiples, et nous n'hésiterions peut-être pas si nous avions la garantie de la reproduction de la diaphyse.

L'observation de M. Hardouin nous apporte un document favorable au principe de la résection primitive; nous ne pouvons que l'enregistrer à côté de ceux que nous possédons déjà.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Hardouin de son intéressant travail, que j'ajoute à la liste des titres qui déjà le désignent à vos suffrages.

— Les conclusions du rapport de M. Walther, mises aux voix, sont adoptées.

Présentation de malade.

Création d'une vessie nouvelle.

M. MARION. — Je vous présente, au nom de MM. Heitz-Boyer et Hovelacque et en mon nom, une malade atteinte d'exstrophie vésicale à laquelle j'ai fait une vessie nouvelle d'après un procédé conçu par MM. Heitz-Boyer et Hovelacque, et qui utilise comme réservoir urinaire la partie inférieure du rectum isolée de sa partie supérieure, celle-ci étant elle-même abaissée et conduisant au dehors les résidus de l'intestin, sans communication avec le nouveau réservoir urinaire.

M. TUFFIER. — Quel est l'avantage de cet isolement du réservoir urinaire rectal sur l'abouchement du trigone dans l'intestin?

M. MARION. — C'est d'éviter l'infection ; les matières fécales ne pénètrent jamais dans le nouveau réservoir urinaire.

M. TUFFIER. — Si, au lieu d'aboucher les uretères dans le rectum, on abouche la vessie elle-même, comme je l'ai indiqué il y a quelque vingt ans, on observe beaucoup plus rarement des infections ascendantes.

M. MARION. — Je crois que l'avantage est indéniable; car même avec l'abouchement du trigone, on peut observer de l'infection ascendante.

Présentations de pièces.

Estomac en sablier sans traces de lésions inflammatoires au niveau du rétrécissement.

M. TUFFIER. — Les biloculations gastriques sont trop connues pour que je me permette de vous en présenter un cas; mais voici la radiographie et la pièce d'une malade à laquelle j'ai fait une résection médio-gastrique dont elle est actuellement guérie. Cette femme avait des vomissements irréguliers et des troubles de la digestion gastrique depuis l'âge de quinze ans, et elle a maintenant trente-cinq ans. La pièce nous montre une sténose laissant à peine passer un crayon. Elle siégeait en plein milieu de la

région médiane de l'estomac et, le fait curieux, c'est qu'à son niveau la paroi stomacale était absolument normale. Comme vous pouvez vous en rendre compte ici, il n'existait pas trace d'adhérences; le seul fait remarquable était une ptose très marquée de l'estomac, si bien qu'on peut se demander ici s'il ne s'agit pas d'une sténose médio-gastrique congénitale, ou peut-être même d'une traction par la ptose sur cette région de l'estomac. L'examen histologique en sera pratiqué.

Mégacôlon chez une femme âgée.

M. Riche. — J'ai l'honneur de vous présenter l'anse pelvienne d'une femme de soixante-six ans que j'ai opérée ce matin et dont elle occupait tout l'abdomen. Voici l'histoire de cette malade

Observation. — Mme P..., soixante-six ans, sans profession, entre dans mon service le 17 novembre 1911. Son père est mort de la poitrine à trente-quatre ans; sa mère est morte septuagénaire, d'une affection abdominale s'accompagnant de vomissements. Elle a trois enfants bien portants, a eu un fils mort-né, une fille morte en bas âge et un fils mort à Madagascar.

A part quelques rhumes, elle n'a jamais été malade jusqu'il y a onze ans.

A ce moment, elle entre à la Pitié, dans le service du professeur Terrier, pour des métrorragies. On diagnostiqua un fibrome l'opération fut conseillée, mais n'eut pas lieu parce que la malade avait de la fièvre (?) et de l'oligurie. Elle resta à l'hôpital pendant un mois, sortit ne perdant plus et n'a jamais revu ses règles depuis lors.

Elle était grosse mangeuse, pas buveuse, et toujours constipée, mais sans ballonnement du ventre.

Il y a *trois ans* son ventre se mit à grossir progressivement, diminuant quand elle se purgeait.

Elle perdit un peu l'appétit, eut des vomissements aqueux le matin. Elle sentait et voyait des bosses se produire dans son ventre, en même temps que des coliques s'accompagnant de bruits musicaux.

A son entrée, je quittais l'hôpital. Elle avait un ventre gros comme celui d'une femme à terme et semblait en occlusion intestinale. Mais le facies n'était pas mauvais et le rectum contenait des matières de consistance normale. On ne sentait pas d'obstacle. Je fis placer une sonde rectale, disant d'appeler le chirurgien de garde l'après-midi si elle restait dans le même état. Elle fut améliorée aussitôt et rendit par l'anus gaz et matières.

Les jours suivants sa situation ne parut plus inquiétante; l'on voyait par moments deux anses intestinales énormes se contracter sans que le ventre lui-même parût dur ou sensible. Je crus qu'il s'agissait d'un néoplasme du gros intestin.

Son état général me fit penser pourtant que ce pouvait être un mégacôlon; je l'interrogeai à nouveau, mais elle m'affirma que son ventre ne grossissait que depuis trois ans.

Le 2 décembre, elle fut prise de vomissements abondants et les gaz parurent se supprimer. Le 4, je la trouvai encore assez malade, et, le 6, je l'opérai.

Incision médiane sous-ombilicale. C'est l'anse pelvienne qui est distendue, sa partie droite remplissant la région sus-ombilicale, tandis que la région sous-ombilicale est occupée par la branche gauche. Aucun néoplasme ni rétrécissement sur le rectum. L'anse était translucide et son contenu surtout gazeux; le reste du côlon était spacieux mais non distendu; le grêle était de volume normal par endroits, ailleurs de très petit calibre, sans altération pariétale. Il y avait en effet un tout petit fibrome, incapable de jouer le rôle d'obstacle.

Je réséquai toute l'anse pelvienne et anastomosai le côlon descendant au rectum. Anastomose latéro-latérale qui fut assez pénible.

Ce cas de mégacôlon, car je ne vois pas comment on pourrait le baptiser autrement, diffère de ceux que nous observons d'habitude par l'âge de la malade, l'apparition tardive des symptômes et le contenu de l'intestin. On ne peut pourtant dire qu'il est d'origine paralytique, puisqu'on voyait l'anse être le siège de contractions violentes, mais il doit s'agir néanmoins d'un vice d'innervation et d'un défaut de tonicité, puisque cette anse atteignait plus que le volume du bras; son épaisseur n'était d'ailleurs aucunement diminuée, au contraire.

Note. — Les premières vingt-quatre heures se passèrent bien, puis la malade déclina rapidement et s'éteignit le 8 au matin.

Le Secrétaire annuel,
E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. LEGUEU, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une observation de M. POTEL (de Lille), intitulée : *Gangrène génitale d'origine dystocique. Disparition de presque tout l'utérus, du vagin, de l'urètre vaginal, du bas fond vésical et de la paroi antérieure du rectum, restaurations multiples. Guérison.*
— Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. MORESTIN est nommé rapporteur.

4°. — Une observation de *plaie du cœur par coup de couteau. Perforation du ventricule droit. Hémopéricarde. Suture du cœur. Guérison*, par M. le Dr Henri LERAT (de Nantes).
— Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. DELBET est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Exstrophie de la vessie.

M. ROBINEAU. — A propos de l'exstrophie vésicale présentée dans la dernière séance par M. Marion, M. Tuffier nous a dit que

l'implantation du trigone vésical dans l'intestin mettait à l'abri des infections rénales ascendantes, grâce à la conservation du sphincter urétéral. Il n'en est pas toujours ainsi, comme le montre le fait suivant :

J'ai opéré, le 14 mai 1903, une pupille de l'Assistance publique, âgée de 7 ans, atteinte d'exstrophie vésicale. Par une autoplastie, un chirurgien avait refait une paroi vésicale antérieure ; l'urine ne séjournait pas dans le réservoir largement ouvert en bas et démuni de sphincter. J'ai donc opéré cette fillette par le procédé de Maydl, et j'ai implanté dans l'S iliaque le trigone vésical, disséqué avec le plus grand soin, ainsi que les uretères. Je suis certain de n'avoir pas touché aux sphincters urétéraux, et l'épaisseur de la vessie, en pareil cas, rend la dissection très facile.

Il n'y eut aucun incident post-opératoire. Or, le 27 mai, treize jours après l'intervention, la température montait à 39°3, puis le lendemain à 40 degrés, pour retomber à 37 degrés quelques jours plus tard. Au milieu de juin, nouvelle ascension à 40 degrés pendant cinq jours. A partir de ce moment et environ deux fois par mois, j'ai pu assister à ces élévations thermiques, qui survenaient brusquement, alors que l'enfant paraissait en pleine santé; elle accusait parfois des frissons, de la céphalalgie; je n'ai pu constater ni douleur au niveau des reins, ni augmentation de volume. Mais je suis persuadé que ces accès thermiques traduisaient des poussées de pyélo-néphrites ; ce fut aussi l'opinion de Broca, qui soigna cette fillette dans son service en 1904.

Bien entendu, il était impossible de recueillir des urines, puisqu'elles sortaient du rectum souillées par le contact des matières.

J'ajouterai que le résultat opératoire immédiat fut bon ; l'opérée rendait ses urines par l'anus cinq à sept fois par vingt-quatre heures; le sphincter anal était continent. Depuis, cette enfant a été placée en province chez des fermiers par l'Assistance publique. J'ai su qu'elle vivait encore l'été dernier, mais qu'elle perdait de l'urine et souillait son lit la nuit. Je pense que son sphincter anal n'est pas resté continent. Le procédé de Marion paraît donc nettement supérieur au Maydl.

Du traitement de l'ostéite infectieuse.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques sur le traitement de l'ostéite infectieuse, à propos du rapport qui vous a été lu dans la dernière séance, par notre collègue M. Walther, sur une observa-

tion de M. Hardouin (de Rennes), ayant trait à un cas de résection primitive de la diaphyse tibiale, au cours de l'ostéomyélite.

Je considère, pour ma part, que, malgré le succès qui vous est communiqué par M. Hardouin, cette opération ne doit pas trouver place, à l'heure actuelle, dans le traitement de cette affection. Qu'on l'ait conseillée dans la chirurgie ancienne, où l'os isolé partout de son périoste, baignant dans le pus, faisait courir au malade les plus grands dangers d'infection purulente, la chose se comprend. Mais aujourd'hui où, par des pansements convenables, nous savons mettre nos malades à l'abri de la septicémie, cette conduite ne saurait être conseillée. Elle n'est pas nécessaire, d'une part, et, d'autre part, la régénération osseuse est trop inconstante pour qu'on puisse compter toujours sur un résultat orthopédique favorable.

Que l'on se reporte du reste aux quatre observations données par Holmes, dans son livre (1), à l'appui de la méthode qu'il conseille, et l'on verra que ces observations sont loin d'être aussi probantes qu'on pourrait le croire tout d'abord. La première est sans valeur, puisqu'ici la résection diaphysaire a dû être suivie ultérieurement de l'amputation. Dans la seconde observation, où la résection avait porté sur le tibia, le raccourcissement mesurait un pouce et demi, et au moment où l'observation est rapportée, il persistait des trajets fistuleux. Dans l'observation III, la résection avait porté sur la diaphyse péronière, et il existait, entre les deux fragments de l'os, un tissu fibreux dans lequel on pouvait enfoncer la pointe d'une aiguille; la reproduction osseuse avait donc fait partiellement défaut, et il existait une pseudarthrose. Enfin, dans la quatrième observation, qui a trait à la diaphyse fémorale, le raccourcissement mesurait trois pouces, et il existait des fistules persistantes.

Sans doute, dans quelques cas, la conduite préconisée par Holmes a pu être suivie avec succès; mais, dans bon nombre d'autres, la reproduction osseuse a fait défaut; ainsi, dans le cas bien connu de Letenneur, dans un fait rapporté par M. Walther lui-même dans la *Revue d'Orthopédie* de 1899; je pourrais citer moi-même des faits analogues.

En ce qui concerne M. Hardouin, sans doute le cas auquel il a eu affaire était un cas grave; mais il ne ressort nullement de l'observation que la résection primitive de la diaphyse tibiale ait sauvé la vie du malade. D'autre part, elle n'a certainement pas abrégé la durée de la maladie, puisque c'est seulement au bout de

(1) Holmes. *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, p. 617 e suivantes.

trois ans, après une suppuration prolongée et des éliminations d'esquilles, que la cicatrisation complète a été obtenue. Trois ans pour arriver à la guérison complète d'une ostéomyélite, c'est là certes un résultat qui n'a rien de particulièrement favorable.

J'aurais aimé savoir quel a été exactement le résultat au point de vue orthopédique. Y a-t-il eu un raccourcissement notable? Il n'en est pas fait mention dans le rapport de M. Walther.

Puisque M. Hardouin a enlevé primitivement la diaphyse, l'occasion était favorable pour en faire l'autopsie. Y avait-il du pus à l'intérieur de l'os? L'auteur ne le dit pas. Et si je fais cette remarque, c'est que M. Hardouin a fortement critiqué la conduite que je recommande en matière d'ostéite infectieuse, consistant dans la large ouverture du foyer purulent, suivie d'un drainage méthodique, rejetant dans la plupart des cas la trépanation primitive.

Il admet comme un dogme la trépanation primitive de l'os dans tous les cas; après avoir exposé ma manière de faire, telle que je l'ai tracée ici en 1907, il ajoute : « Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'on puisse laisser le praticien fonder de grosses espérances sur un traitement ainsi compris, et nous pensons que, ériger en principe constant une telle thérapeutique d'exception, c'est courir au-devant de complications terribles et d'échecs retentissants (1). »

Je suis tout prêt à admettre la grande expérience clinique de M. Hardouin, fondée, nous dit-il, sur une centaine d'observations, mais la mienne, hélas! est longue aussi, puisque je suis depuis plus de trente ans chirurgien des hôpitaux; j'ai autant souci que qui que ce soit de la vie de mes malades, et si j'avais pu voir que la pratique suivie par moi leur fût funeste, je me serais empressé d'y renoncer.

Je soutiens qu'en affirmant la présence constante de pus dans l'intérieur de l'os, en cas d'abcès sous-périostique, M. Lannelongue a introduit dans la science une notion inexacte. Déjà j'ai montré nombre de malades qui, après la large incision du foyer périostique suivie de drainage, ont guéri simplement sans élimination d'esquilles. D'autre part, la trépanation systématique dans tous les cas ne met pas à l'abri des complications ultérieures; elle n'abrège pas la durée de la maladie. Enfin, reproche plus grave, en mettant l'intérieur de l'os lui-même et le canal médullaire en contact avec le pus, elle favorise la propagation de la suppuration à l'intérieur du tissu osseux.

(1) Hardouin. Traitement d'urgence de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. *Presse Médicale*, 13 juin 1908.

Puisque l'occasion se présente à moi de revenir aujourd'hui sur cette question, j'en profite pour vous montrer un petit garçon de sept ans, entré dans mon service le 20 novembre dernier, pour un vaste abcès sous-périostique du fémur droit, consécutif à des ulcérations au niveau du genou. La propagation s'était faite ici, bien évidemment, par la voie lymphatique, à l'os et au périoste. La cuisse était transformée en un véritable sac de pus. Je fis immédiatement, aux côtés externe et interne de la cuisse, deux longues incisions verticales que je réunis par un gros drain en anse. Il s'écoula du pus en abondance; il s'agissait, ici, d'une infection par le staphylocoque doré. La température tomba immédiatement; le drain fut supprimé le 6 décembre : aujourd'hui, 13 décembre, trois semaines après l'opération, les plaies sont cicatrisées, et le malade est guéri. En eût-il été ainsi, je le demande, si, chez lui, j'avais fait une trépanation primitive, et si j'avais mis l'intérieur de l'os en contact avec le pus? Bien évidemment non; peut-être même aurions-nous vu se produire une suppuration intra-osseuse prolongée, suivie de l'élimination d'esquilles. Et cependant le diagnostic ne saurait être mis en doute; car, après l'incision, j'ai pu sentir moi-même et faire sentir à mon aide, avec la sonde cannelée, une large dénudation osseuse se prolongeant, comme toujours en pareil cas, du côté du creux poplité. Je ne manquerai pas, à l'occasion, de soumettre à votre examen les cas du même ordre qui se présenteront à notre observation.

M. Walther. — Je suis très heureux de l'appui que mon maître et ami M. Kirmisson donne aux conclusions de mon rapport.

J'y disais en effet : « L'observation de M. Hardouin nous apporte un document favorable au principe de la résection primitive; mais nous ne pouvons que l'enregistrer à côté de ceux que nous possédons déjà. »

Nous ne pouvons, en effet, qu'enregistrer ce fait heureux, sans en tirer aucune conclusion d'indication de la résection primitive de la diaphyse.

J'ai discuté dans mon rapport la possibilité de cette résection, en la limitant très exactement aux cas dans lesquels la diaphyse tibiale est complètement isolée, semblant vouée à la nécrose totale; et, encore ici, disais-je : « Nous n'hésiterions peut-être pas *si nous avions la garantie de reproduction de la diaphyse.* »

Or, cette garantie, nous ne l'avons pas.

J'ai rapporté ici, comme je vous le disais en 1898, la belle observation de reproduction de la diaphyse de M. Paulidès. Voici celle de M. Hardouin. J'en aurais voulu trouver d'autres récentes. J'ai lu avec grande attention le très intéressant mémoire de M. Jeannel;

je n'y ai trouvé que trois observations qui puissent être rapportées à une résection primitive; encore ne puis-je l'affirmer absolument, car la date du début des accidents n'y est point notée.

J'espérais, en faisant mon rapport, provoquer l'intervention de nos collègues des hôpitaux d'enfants qui pouvaient seuls nous apporter des documents nouveaux, et c'est pour cela que je suis, je le répète, très heureux que M. Kirmisson nous donne le résultat de son expérience.

J'ai été élevé dans le respect des diaphyses et j'avoue que je l'ai gardé. Comme le rappelait tout à l'heure M. Kirmisson, je vous ai présenté ici, en 1899, un jeune homme qui avait subi quelques années auparavant une résection peu étendue mais complète du cylindre diaphysaire du tibia. Il était venu échouer dans mon service de Bicêtre avec une déformation énorme due au défaut de reproduction du tibia; il marchait sur le péroné et il l'avait cassé en courant; je n'eus d'autre ressource que de réséquer le péroné d'une quantité à peu près égale à la perte de substance du tibia.

Si je n'ai pas parlé de ce cas, c'est qu'il ne s'agissait pas là d'une résection primitive; on avait enlevé le fragment tibial deux mois, je crois, après le début de l'ostéomyélite.

Ce défaut possible de reproduction de l'os domine donc l'indication thérapeutique. M. Kirmisson a élargi le débat en parlant des cas d'abcès sous-périostiques simples, sans suppuration intra-osseuse, question qui nous entraînerait à une autre discussion.

Je tiens à rester ici dans la limite de mon rapport, dans l'étude de la résection primitive et de la reproduction de la diaphyse.

Je répondrai seulement à deux questions que m'a posées M. Kirmisson à propos de l'observation de M. Hardouin :

1° Il n'y avait pas de raccourcissement du membre;

2° M. Hardouin ne nous renseigne pas sur les lésions profondes de l'os réséqué.

M. Tuffier. — Je voudrais verser au débat une observation de résection primitive du tibia dans un cas d'ostéomyélite aiguë. Le fait a son intérêt puisqu'il date de *trente années* et que j'ai suivi ce malade depuis le début.

Il s'agit d'un de mes camarades qui, dans un collège d'Angleterre, fut pris d'une ostéomyélite aiguë du tibia avec large abcès sous-périosté. Il fut réséqué primitivement de toute la diaphyse, d'un cartilage de conjugaison à l'autre. Le tibia s'est reproduit, et, de ce côté, tout fut parfait. Mais, depuis cette époque, il a eu, à une ou plusieurs années de distance, nombre de poussées ostéomyélitiques secondaires sur le tibia opéré et sur divers autres os (humérus, fémur). Actuellement, trente ans après sa résection, il

est de nouveau au lit depuis cinq mois, pour des accidents d'ostéomyélites secondaires tardives. La résection large ne l'a donc mis à l'abri d'aucun accident consécutif.

M. KIRMISSON. — Le fait de M. Tuffier est exceptionnel ; il s'agit d'une résection primitive ; elle montre que celle-ci peut ne pas diminuer la longueur de la suppuration. Mais ce n'est pas sur ce point que j'insiste, c'est sur la trépanation primitive des diaphyses dans l'ostéomyélite aiguë. J'affirme que celle-ci ne diminue pas la durée de la suppuration.

M. QUÉNU. — Ce n'est pas une question de doctrine, c'est une question de diagnostic. Il ne faut pas trépaner, si la suppuration est superficielle, sous-périostique ; mais il faut trépaner si le pus est dans le canal médullaire. Le difficile est de différencier ces modalités. Il ne faut pas être systématique.

M. KIRMISSON. — C'est bien ainsi que je l'entends.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je ne veux pas contester à M. Kirmisson qu'il ne puisse y avoir abus à trépaner quand même un os sous prétexte d'ostéomyélite, et les cas qu'il cite d'abcès sous-périostique rapidement guéris sont intéressants. Mais il ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie. Les ouvertures très larges de l'os et la stérilisation rapide des foyers d'ostéomyélite par le chlorure de zinc sont le traitement de choix en bien des cas et j'en ai tiré pour ma part des effets définitivement heureux depuis bien des années.

J'ai, l'année dernière, retrouvé un malade que j'avais opéré en 1875 à Lariboisière. C'était un jeune garçon que Tillaux avait fait porter à l'amphithéâtre pour lui couper la cuisse. Il me pria, étant obligé de s'absenter, de faire cette opération. Je fis dans ce cas une ouverture large du genou et une trépanation considérable de l'extrémité supérieure du tibia. J'ai retrouvé ce malade trente-cinq ans plus tard, ayant conservé sa jambe et marchant très bien sans avoir fait de ce côté des accidents graves. Or, ce que j'ai obtenu dans ce cas d'une extrême gravité, je l'ai obtenu plus complètement encore dans de meilleurs cas. Je crois la trépanation primitive, large, immédiate, la seule capable en un bon nombre de cas de donner une guérison définitive que les tergiversations et les retards de l'ouverture osseuse ne sauraient donner. Il y a là question d'espèce et non de loi générale applicable à tous les cas.

M. SAVARIAUD. — Je ne suis pas partisan d'une trépanation sys-

tématique, mais je crois qu'il y a des cas où celle-ci est la seule opération suffisante, et où elle seule est capable d'ouvrir tous les foyers purulents. C'est surtout dans les formes suraiguës que la trépanation est indiquée. La trépanation enfin s'impose lorsque, le diagnostic étant bien certain, on ne trouve pas de pus sous le périoste; témoin l'observation suivante:

Il y a un an, se trouvait dans mon service un enfant opéré depuis trois semaines ou un mois d'une ostéomyélite grave du calcanéum. Une nuit, il fut pris d'une douleur épouvantable au niveau de la tête humérale ; en même temps la température passait de 37 à 40 degrés, la douleur à la pression était exquise. Fort de mon diagnostic que rendait facile l'existence d'une ostéomyélite, j'opérai cet enfant le jour même.

Les couches sous-cutanées, le muscle, le périoste étaient normaux. Si j'avais été moins sûr de mon diagnostic, j'aurais pu m'arrêter là, mais certain que je n'avais aucune chance de me tromper, je trépanai l'os et trouvai du pus sous pression dans le canal médullaire. L'enfant fut immédiatement soulagé, et la fièvre tomba, mais, sans doute à cause de l'étroitesse de la trépanation, il conserva une fistule et je dus le réopérer à une époque ultérieure.

M. Kirmisson. — Ce contre quoi je m'élève, ce n'est pas contre la trépanation occasionnelle des os longs atteints d'ostéomyélite aiguë, c'est contre la trépanation systématique dans tous les cas, et je suis, je le vois, en accord sur ce point avec MM. Lucas-Championnière, Quénu et Savariaud.

A propos des cholédoco-entérostomies latérales.

M. Hartmann. — Absent au début de notre dernière séance, je n'ai pas entendu les remarques faites par MM. Delbet, Tuffier et Quénu, à propos de mon rapport sur la très intéressante observation de *cholédoco-gastrostomie latérale* apportée à notre Société par M. Dujarier. A entendre nos collègues, j'aurais péché par ignorance, et ce qui, pour moi personnellement, semble plus grave, par ignorance des travaux de mes compatriotes.

M. Delbet déclare qu « 'il a été péniblement surpris en m'entendant ne citer que des observations étrangères ».

Sa surprise aurait été certainement moins pénible s'il avait écouté ou lu avec un peu d'attention la communication que j'ai faite. J'ai eu soin de dire et d'écrire : « Pour ne parler que des

anastomoses latérales (du cholédoque), les seules techniquement comparables à celle faite par notre collègue... »

Or, quelle omission me reproche M. Delbet ? De ne pas l'avoir cité, lui qui avait fait une *hépatico-jéjunostomie*?

M. Tuffier trouve que j'aurais dû « rappeler le nom de Terrier », qui l'a cité dans une communication à notre Société.

Plus que tout autre, je serais désolé de ne pas évoquer le souvenir de mon maître aimé toutes les fois que l'occasion s'en présente. Aussi ai-je parlé de lui à propos des anastomoses bilio-gastriques, de même que j'avais mentionné les travaux de Dastre, Duchamp, Patel, tous noms français cités par moi, et qui avaient probablement échappé à mon collègue Delbet.

Si je n'ai pas parlé de sa communication sur les anastomoses des voies biliaires principales et du tube digestif, c'est qu'elle n'avait trait qu'à l'*hépatico-duodénostomie par implantation.*

Soucieux comme moi de limiter la question qu'il traitait et de ne pas l'embrouiller en y mêlant des opérations différentes, il n'avait pas dit un mot des anastomoses portant sur le cholédoque.

Je regrette que mes collègues Delbet et Tuffier n'aient pas suivi son exemple et limité exactement la question, que j'avais, je le répète, limitée à l'*étude des anastomoses latérales du cholédoque.*

Seul mon maître et ami Quénu avait le droit de rappeler qu'en 1905, il avait ici même étudié la question de la cholédoco-entérostomie latérale. J'aurais pu et peut-être dû le citer. Mais dans mon très court rapport, je ne cherchais pas à faire un historique de la question, je me bornais à énumérer les divers chirurgiens ayant exécuté cette opération. Or, dans le rapport de M. Quénu, il n'y a qu'une observation nouvelle, celle de M. Brin (d'Angers). A l'époque, je l'avais critiquée ; la technique m'avait paru peu claire, les conditions opératoires étaient particulièrement difficiles. J'ai relu cette observation, que j'ai trouvée publiée depuis le rapport de M. Quénu, avec plus de détails, et je crois maintenant qu'il s'agit bien d'une cholédoco-entérostomie latérale. En dehors de ce cas un peu spécial, je ne connais qu'une seule autre opération française de cholédoco-entérostomie latérale. Elle m'est personnelle. Je ne l'ai pas citée non plus parce qu'il s'agissait aussi d'un cas tout spécial, une dilatation congénitale du cholédoque, pour laquelle mon ami regretté Brun m'avait appelé dans son service.

Si je n'en ai pas parlé, pas plus que du cas de M. Brin, c'est que ces deux observations me semblaient très spéciales et n'avaient pas la netteté de celles que j'ai relatées.

Il ressort de ce qui a été dit, qu'en dehors d'observations étrangères, nous ne connaissons actuellement que deux opérations dues à des Français, une à M. Brin, une autre à moi-même, qui toutes

deux ont présenté des particularités opératoires telles qu'on ne peut les rapprocher de celle de M. Dujarier.

Rapports.

Papillomes diffus du larynx et laryngostomie.

Rapport de M. PIERRE SEBILEAU.

Le Dr Émile Halphen, qui est mon assistant, vous a présenté au mois de juillet 1911 (1) une jeune malade de mon service chez laquelle il a pratiqué, sur mon conseil, une laryngostomie suivie de dilatation progressive et qu'il a ainsi complètement guérie de papillomes du larynx.

Cette jeune fille était atteinte, depuis cinq ans, de troubles vocaux et respiratoires. En 1907 et en 1908, le Dr Glover, un de nos confrères en spécialité, après avoir fait le diagnostic de l'affection causale, avait, à plusieurs reprises, essayé l'ablation par manœuvres internes, sous le contrôle de la vue (laryngoscopie indirecte); mais les végétations n'avaient jamais été complètement détruites ou, tout au moins, n'avaient jamais tardé à bourgeonner de nouveau.

C'est dans ces conditions que Glover, au mois de février 1908, vint me prier de pratiquer sur sa patiente une opération plus large.

Avec son assistance je fis une large fissure aérienne. Je sectionnai non seulement la trachée, le cricoïde et le thyroïde, mais encore la membrane thyro-hyoïdienne et l'os hyoïde. A travers cette vaste brèche, je pus facilement explorer toute la région malade et enlever à mon aise, sans parcimonie, l'abondante végétation qui en remplissait la cavité.

Je fis une suture immédiate de tout l'appareil cartilagineux et, par-dessus celui-ci, une suture des couches de recouvrement. Après avoir été plusieurs jours dans une situation très critique, la petite malade revint à la vie et quitta l'hôpital quinze jours environ après l'opération.

L'observation de cet acte opératoire et de ses suites immédiates a, d'ailleurs, été publiée naguère par le Dr Glover.

Mais, quelques mois plus tard, la fillette commençait à donner des signes d'obstruction laryngée; sa voix s'enrouait et devenait

(1) E. Halphen. Papillomes laryngés récidivants. *Bull. Soc. Chir.*, t. XXXVII, n° 27, 18 juillet 1911, p. 1012. Chez Masson, Paris, 1911.

rauque; elle avait de la dyspnée et des crises de suffocation. Elle vécut ainsi, avare d'efforts, jusqu'au mois de janvier 1911, époque à laquelle je la reçus de nouveau dans mon service. L'orifice glottique, la région sous-glottique paraissaient, à l'examen laryngoscopique, remplis de masses végétantes gris-blanchâtre formant un large tapis sur la muqueuse.

L'etude microscopique, pratiquée sur échantillon prélevé par biopsie interne, confirma le diagnostic de papillome.

Pendant près d'un mois, Halphen, à qui j'avais confié le soin de traiter la patiente, administra à l'intérieur de la magnésie calcinée. Il pratiqua également des insufflations locales de poudre de magnésie par les voies naturelles. Cette thérapeutique, dont on a dit cependant quelque bien, ne produisit aucune amélioration.

Je décidai alors de recourir à la laparotomie et je confiai l'opération à mon assistant, qui la pratiqua le 1er février 1911.

Voici comment Halphen décrivait cette opération et les événements dont elle fut suivie, dans la note qu'il vous a lue au mois de juillet dernier :

Anesthésie au chloroforme. Trachéotomie et anesthésie par la canule. On incise à travers la cicatrice prélaryngée, on met à nu les cartilages entourés de tissu fibreux et on les incise sur la ligne médiane jusqu'à l'incision trachéale. Les lèvres du thyroïde et du cricoïde ainsi fendues sont immédiatement fixées aux lèvres cutanées par de grosses soies.

Les papillomes uniquement sous-glottiques sont enlevés aux ciseaux ainsi que toute la muqueuse sous-jacente, de sorte que les cartilages sont mis à nu par leur face interne.

La cavité laryngée est ensuite tamponnée à la gaze et chaque mèche est fixée par un crin à la canule pour empêcher son aspiration. La bouche laryngée ainsi constituée est pansée à part de la canule.

Le lendemain, la malade est en parfait état, assise sur son lit, en train de lire. Pendant quinze jours la cavité laryngée est tamponnée à la gaze, que nous avons enduite de pommade au rouge écarlate, bon facteur d'épidermisation. A aucun moment nous n'avons noté de sphacèle, à aucun moment la température n'a dépassé 38 degrés. Au bout de quatre jours les fils avaient été enlevés parce qu'ils coupaient la peau. Après quinze jours, nous avons commencé la dilatation avec un drain dont le calibre a été augmenté de jour en jour, dont la surface a été enduite de pommade au rouge écarlate, dont les extrémités ont été rodées à la flamme, enfin qui a toujours été fixé à la canule par un crin pour éviter tout accident. Ce drain était taillé en biseau à sa partie inférieure pour venir s'interposer entre la face postérieure de la canule et la trachée.

Ce pansement a été fait quotidiennement pendant six semaines. Quelques bourgeons charnus ont été cautérisés au nitrate d'argent. Peu à peu nous avons vu l'épiderme envahir la cavité laryngée et, au bout de deux mois, nous avons supprimé le drain.

Le larynx semblait se reformer progressivement autour du drain comme moule. Avec un petit miroir à rhinoscopie postérieure, nous avons pu suivre l'épidermisation et la réfection des cordes. Pour éviter toute récidive, cependant, malgré la résection large de toute la muqueuse, nous avons pratiqué directement sur la surface cruentée des insufflations de magnésie. Enfin, depuis le mois de mai, la canule est retirée et la large fistule laryngo-trachéale, qui persiste, est oblitérée par un pansement occlusif.

Lorsque Halphen, au mois de juillet, vous présentait notre jeune malade, elle ne portait aucune trace de récidive (l'opération datait alors de cinq mois), et la respiration se faisait d'une manière normale par le nez. D'ailleurs, lorsqu'on rapprochait avec les doigts les bords de la carapace laryngée fendue, la patiente causait facilement, mais toujours, il faut le dire, avec cette voix rauque qui ne l'a pas quittée depuis son enfance. A l'examen au miroir, pratiqué par la fissure, la cavité laryngée se présentait, à peu de chose près, sous son aspect normal.

Aussi, dans le courant du mois d'octobre dernier, ai-je conseillé à mon assistant de pratiquer l'occlusion chirurgicale de cette fissure. Une première tentative fut infructueuse. Halphen se contenta d'aviver les deux bords de la fente laryngée et de les suturer l'un à l'autre. La plaie, baignée par les mucosités laryngées, s'infecta et il y eut désunion de ses deux lèvres.

Quelque temps plus tard, je conseillai à Halphen le procédé imaginé par M. S. Duplay pour la cure de l'hypospadias, et je lui indiquai la forme des lambeaux. J'ignorais alors, je dois le dire, que cet ingénieux procédé de restauration eût déjà été appliqué, sous le nom de *procédé de Gluck*, à l'occlusion des fentes laryngostomiques.

Quoi qu'il en soit, le résultat de cette dernière opération fut excellent. Je vous présente aujourd'hui la malade. Vous pouvez juger, en l'examinant, que la fente laryngée avait une grande hauteur ; aussi fut-il nécessaire de donner aux deux lambeaux environ 0,07 centimètres dans le sens vertical. Il persistait encore, il y a quelques jours, aux extrêmes limites de la prothèse tégumentaire, en haut et en bas, un minuscule trajet fistuleux par lequel il passait un peu d'air; j'ai obturé par une plastique ces deux petits orifices, et aujourd'hui la restauration est complète.

Vous voyez que la respiration est tout à fait normale, que la voix est rauque, mais forte, et qu'on peut l'entendre de loin.

Telle est l'observation de la malade que vous a présentée le Dr Halphen. Je voudrais qu'elle fût pour moi l'occasion de vous soumettre quelques réflexions sur les papillomes diffus du larynx et sur la laryngostomie.

Les papillomes diffus du larynx, qu'on observe presque exclusivement sur l'enfant, constituent une affection désespérante. Cette affection, en effet, récidive d'une manière pour ainsi dire constante. Elle se sème, et, si on la détruit, elle renaît sans cesse de ses propres cendres. L'ablation par les voies naturelles, l'ablation par les voies chirurgicales, restent également sans effet dans la plupart des cas. J'ai pratiqué largement l'exérèse par la trachéotomie, la thyrotomie, la toto-laryngotomie temporaires; toujours et très rapidement la tumeur a recommencé à végéter. J'en suis arrivé à croire, comme la plupart, je crois, des laryngologistes d'une certaine expérience, que seule la trachéotomie *permanente* a quelque effet *permanent* sur cette curieuse affection. C'est ce qu'une première fois d'ailleurs (1) j'ai déjà dit ici.

Encore faut-il noter, d'une part, qu'elle est quelquefois complètement inefficace, et, d'autre part, que le bourgeonnement, suspendu momentanément par le repos de l'organe (c'est au moins une explication), réapparaît quand on enlève la canule et qu'on laisse la respiration s'exercer librement par les voies naturelles. Enfin, le port prolongé de cette canule transforme le petit malade en un véritable « canulard », soumis à toutes les complications de l'ouverture et du drainage prolongés des voies aériennes.

Je crains beaucoup que la laryngoscopie directe selon la méthode de Killian, et les perfectionnements qu'elle nous a permis d'apporter au traitement des affections intralaryngées, ne modifient pas sensiblement le pronostic qui s'attache aux papillomes diffus du larynx.

Et c'est pour cela que, à mon avis, il faudra souvent, dans l'avenir, comme aujourd'hui, recourir en dernière analyse à la laryngostomie comme nous l'avons fait, Halphen et moi, dans l'espèce. Cette laryngostomie, d'ailleurs, a déjà fourni de belles cures prolongées.

Je me propose, cependant, à la première occasion, d'appliquer, soit par manœuvres internes, soit après thyro-cricotomie temporaire, les courants de haute fréquence (fulguration, voltaïsation bipolaire) au traitement des papillomes du larynx selon la manière de Heitz-Boyer, qui a guéri ainsi plusieurs fois des papillomes de la vessie. Il y a déjà pas mal de temps que j'ai entendu dire, ici, à A. Broca (2), qu'il y avait beaucoup de points communs entre les papillomes du larynx et ceux de la vessie, et cette idée, qui nosologiquement ne satisfait pas l'esprit, paraît cliniquement

(1) Pierre Sebileau. Discussion sur un cas de cystectomie totale pour tumeur pédiculée multiple de la vessie, par Marion. *Bull. Soc. Chir.*, t. XXXIV, nº 33. 17 novembre 1908, p. 1146. Chez Masson. Paris, 1908.

(2) A. Broca. Même discussion, p. 1145.

assez raisonnable. Il ne serait donc pas étonnant qu'un même traitement fût utilement applicable à l'une et à l'autre affections et que la voltaïsation, en détruisant les végétations d'abord, en stérilisant ensuite — car elles s'implantent superficiellement — leur champ d'essaimage, devînt le traitement de choix des papillomes récidivants du larynx et de la vessie.

En attendant, je le répète, je crains bien qu'on ne soit souvent obligé d'avoir recours à la laryngostomie, opération qui ne va cependant pas sans quelques sérieux inconvénients.

Cette laryngostomie, vous la connaissez déjà; ce n'est pas la première fois qu'il en est question devant vous. Sieur (1), en 1898, après vous avoir présenté un malade au sujet duquel j'avais fait, séance tenante, quelques observations, nous faisait sur la laryngostomie une intéressante communication, qui provoqua une discussion à laquelle Broca et Morestin prirent part

Cette opération s'est, d'ailleurs, répandue, à l'heure qu'il est, dans tous les grands services de spécialité. Sargnon (de Lyon), qui est, en France, le véritable père adoptif de la laryngostomie, dont les créateurs semblent être Rufi (de Bologne), Stein et Kaspariany (de Moscou), Jaboulay (de Lyon), et qui a vraiment été réglée, systématisée dans sa technique et ses indications par Killian (de Fribourg en Brisgau), Sargnon (2), dis-je, écrivait sur elle en 1910, en collaboration avec Barlatier (de Romans), un long et très bon mémoire, riche en documents, qui l'a rendue tout à fait classique.

Vous connaissez donc comme moi cette opération, plus particulièrement appliquée à la cure des sténoses et des papillomes récidivants de la partie supérieure de l'arbre respiratoire, qui consiste, la trachéotomie ayant d'abord été pratiquée, à fendre par le milieu la charpente laryngée, à suturer aux téguments les lèvres de cette charpente, à réséquer par cette large brèche l'agent du rétrécissement ou la végétation néoplasique, à laisser béante la cavité ainsi extériorisée, à la panser pendant quelques jours en la remplissant de gaze aseptique ou antiseptique, puis à la dilater progressivement à l'aide de tubes creux couchés « à demeure », depuis la canule jusqu'à la région aryténoïdienne, dans le lit ainsi ouvert, lit dont ils écartent lentement les parois. La plaie s'infecte, se sphacèle ordinairement, bourgeonne, puis s'épidermise, tandis que le chirurgien, par l'augmentation graduelle du diamètre des tubes, assure le calibrement méthodique du larynx et.

(1) Sieur. Du traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée. *Bull. Soc. Chir.*, t. XXXIV, n° 20, 9 juin 1908, p. 763. Chez Masson. Paris, 1908.

(2) Sargnon et Barlatier. *Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales*. Chez Maloine. Paris, 1910.

par des pansements journaliers, oriente la cicatrisation régulière, plane, de toute la surface cruentée.

Je désire ne pas insister devant vous sur toutes les phases de cette évolution cicatricielle ni sur tous les détails de la technique qu'elle comporte. La fin seule est intéressante ; c'est donc sur elle seule que je veux attirer votre attention.

Pourtant, je dois ici noter deux faits qui sont particuliers à l'observation que je commente aujourd'hui devant vous.

Voici le premier : La jeune malade opérée par Halphen n'a pas présenté de sphacèle; sur elle, le bourgeonnement s'est fait sans mortification préalable des tissus. Cela est exceptionnel. Il se passe, après la laryngostomie, ce qui se passe après la laryngectomie. Dans la description que je vous ai donnée de cette dernière opération en 1910 (1), j'ai insisté sur la fréquence avec laquelle la tranche trachéale et son pourtour subissent l'infection gangréneuse. Il est presque impossible d'éviter ce processus nécrogène. Il en est de même après la laryngostomie. Sargnon et Barlatier en témoignent et attribuent le fait à une contamination descendante, émanée de la cavité buccale. Cette interprétation est raisonnable. Elle ne saurait cependant s'appliquer à tous les cas. Elle vient par exemple en contradiction avec les choses qu'on observe après la laryngectomie totale, où le sphacèle porte précisément, non pas sur la partie haute du champ opératoire, qui, par la brèche pharyngée dont la suture n'est jamais étanche, est fatalement inoculée par la salive, mais bien, et, pour ainsi dire exclusivement, sur la région de la collerette trachéale cousue aux téguments qui, elle, échappe à la contamination salivaire. La vérité est simplement que, dès l'instant où nous opérons dans une cavité naturelle du corps, surtout quand, après l'acte opératoire, cette cavité reste béante et en communication avec l'extérieur, nous ne pouvons plus répondre des infections ni de leur nature.

Voici le second fait : Halphen a pratiqué les pansements de la cavité laryngée avec de la gaze et des drains imprégnés de pommade au rouge écarlate. Il pense qu'il a ainsi favorisé l'épidermisation de la surface cruentée. Il est difficile de se prononcer sur cette question. L'action d'un médicament sur le bourgeonnement d'une plaie ne peut se juger sur un seul cas. Pourtant je dois dire que ce pansement préconisé depuis quelque mois par Schmidel (2), après Fischer, dans le traitement des cavités d'évidement pétromastoïdien, a donné dans mon service quelques résultats appréciables.

(1) Pierre Sebileau. *Technique de l'extirpation totale du larynx*. In *Bull. Soc. Chir.*, t. XXXVI, 15 février 1910, p. 125. Chez Masson. Paris, 1910.

(2) Schmidel. Epidermisation par le rouge écarlate. In *Centr. f. Chir.*, 1908, Bd VI.

Cela dit, voyons maintenant de quelle manière se termine la laryngostomie suivie de dilatation méthodique.

Les dernières phases de l'évolution cicatricielle exigent à leur tour une surveillance attentive. La cavité laryngée paraît avoir récupéré un calibre qui suffit à l'acte respiratoire. Il semble qu'on puisse enlever successivement la canule trachéale et le tube creux intralaryngé; par lequel commencer? Les uns suppriment d'abord la canule, les autres le drain. Ainsi les premiers se rendent compte de la manière dont l'intubation, sans le concours de la bouche aérienne, assure la respiration; ainsi les seconds surveillent l'évolution du canal laryngé dès qu'il n'est plus soumis à l'influence de la dilatation élastique.

Je pense que l'une et l'autre manières sont bonnes. Tout dépend de l'espèce. Il y a d'autres façons encore de manœuvrer. L'important est d'aller progressivement, de ne pas soumettre brusquement le patient aux risques de l'asphyxie par insuffisance de bouche respiratoire. Il faut procéder par « feintes », par « fausses attaques ».

Bref, un moment vient où il faut successivement et définitivement supprimer la canule et le drain, puis reconstituer, par devant la brèche stomique, la paroi laryngée déficiente.

Car, enfin, la laryngostomie idéale comporte, en même temps que la guérison de la maladie contre les accidents de laquelle elle a été dirigée, la restitution fonctionnelle et plastique de l'organe. La restitution fonctionnelle : c'est ici la restitution de la respiration et de la voix sans moyens vicariants. La restitution plastique : c'est la fermeture de la cavité laryngée béante dans le cou.

Pour que l'opéré respire bien, il faut que la dilatation progressive ait donné au canal laryngé un calibre suffisant.

Pour que l'opéré parle bien (ou à peu près bien), il faut qu'il ait dans le larynx une anche vibrante, une sorte de formation, de reconstitution chordale, qu'il ne porte plus de tube intralaryngé (1), et que la plaie cervicale ne laisse plus passer d'air.

(1) Il est un point d'un récent travail de mon ami le Dr Sieur que je n'ai pas bien compris. Le premier des malades dont l'histoire est rapportée dans ce travail continue, dit Sieur, à porter un tube interlaryngé dont la présence ne le gêne nullement et que, pour causer sans fatigue, il conserve en permanence. Il en est de même du second opéré, qui ne veut pas renoncer à l'emploi du tube, dont il ne paraît nullement gêné, puisqu'il peut remplir les fonctions pénibles de conducteur de tramway. Chez le quatrième malade, la respiration et la phonation ne se font bien que quand le tube est en place. Comment ces opérés, qui ont une béance de l'arbre respiratoire dans le cou et, d'autre part, un tube qui, dans le larynx, supprime l'action des cordes vocales, comment ces opérés peuvent-ils parler? Voir Sieur et Rouvillois. Cinq cas de laryngostomie, in *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, t. XXXVII, 10e livraison, 1911, p. 925. Chez Masson, Paris, 1908,

Enfin, pour que l'opéré n'ait plus le larynx ouvert dans le cou, il faut pratiquer sur lui une autoprothèse.

J'ai dit plus haut quel procédé plastique Halphen avait mis, sur mon conseil, en pratique, et comment le résultat s'en était montré excellent.

La fermeture de la brèche s'est opérée, en effet, sur toute la hauteur de la section laryngée, laquelle était très étendue et n'avait subi aucune réduction du fait de la cicatrisation naturelle. Car cela est une chose curieuse de voir que certaines laryngostomies se ferment spontanément, en totalité ou en partie, de manière à ce qu'il ne reste plus d'elles qu'une simple cicatrice cutanée ou bien une étroite fistule aérienne, tandis que d'autres, au contraire (tel était le cas de notre malade), restent béantes sur toute la hauteur de la fissure opératoire.

Après la plastique réalisée par Halphen (et tout comme dans l'hypospadias), il restait encore aux points de raccordement avec la partie non divisée, deux fistulettes que j'ai guéries : celle d'en haut, par application, sur suture, des bords de l'orifice, d'un lambeau latéral; celle d'en bas, par avivement large et superposition de trois plans de suture, comme j'en aurais fait pour la cure d'une fistule vésico-vaginale.

Le résultat des laryngostomies n'est pas toujours aussi complet. A la vérité, il convient de dire que la guérison d'un rétrécissement du larynx est ordinairement plus difficile et plus longue que celle d'un papillome diffus. Mais souvent, soit qu'il y ait lieu de recourir à une mesure de prudence; soit que la dilatation progressive ait imparfaitement reconstitué le calibre du larynx; soit que la plastique n'ait pas été couronnée de succès; soit, enfin, que le malade, dans la joie suffisante de respirer librement, se refuse à toute épreuve opératoire complémentaire, souvent, dis-je, le résultat définitif des laryngostomies n'est pas aussi complet : ici, c'est un malade qui garde un *orifice de sûreté* trachéal; là, un malade dont la stomie ne se ferme pas et qui conserve une fissure laryngée; ailleurs, enfin, un opéré qui continue à porter un tubage volontaire.

M. Sieur. — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux laryngostomies pour papillomes du larynx. Je ne vous rapporterai qu'un seul de ces faits, l'autre ne m'étant pas personnel.

Mon premier opéré était un officier, âgé de 52 ans, atteint de papillomes diffus du larynx. Je fis la laryngostomie et je pus enlever avec la plus grande facilité toutes les parties envahies. Je fermai immédiatement l'ouverture médiane du larynx et plaçai à la partie inférieure de l'incision une canule à trachéo-

tomie pour assurer la respiration. Au bout de quatre jours je retirai la canule; son trajet resta fistuleux quelque temps, puis se ferma. Au bout de trois mois, des accident asphyxiques se produisirent brusquement et nécessitèrent une trachéotomie d'urgence qui fut pratiquée à l'hôpital de Cherbourg. Le malade ayant été évacué sur mon service, je pensais qu'il s'agissait d'une récidive des papillomes, mais il n'en était rien. Je me bornai alors à dilater l'orifice de la trachéotomie et j'introduisis une série de tubes en T de Kilian. Au bout de deux mois, la respiration par les voies naturelles s'exécutant très facilement, je cessai la dilatation, et l'orifice de la trachée se ferma de lui-même en quelques jours.

Il est vraisemblable que, chez ce malade, les troubles respiratoires doivent être attribués non à une récidive des papillomes, mais à la présence de bourgeons muqueux développés à l'intérieur de la trachée, au pourtour de l'orifice interne de la trachéotomie qui était resté fistuleux après la première intervention. Néanmoins j'avoue que si j'avais à traiter à nouveau un malade atteint de papillomes du larynx, je maintiendrais béante l'ouverture laryngée pendant un temps assez long pour m'assurer que la récidive n'est plus à craindre.

A propos des malades laryngostomisés dont j'ai publié l'observation, mon ami Sebileau me demande comment j'explique que ceux de ces opérés, qui conservent leur tube dilatateur dans le larynx, puissent parler facilement. Je n'ai pas d'explication précise à lui fournir. Toutefois, il convient de remarquer que le tube dilatateur ferme complètement l'ouverture cutanée du larynx et oblige le courant d'air expiré à sortir par la bouche et le nez. Dans ces conditions, une simple vibration des replis aryténoïdes doit suffire pour permettre au malade de parler en s'aidant, comme normalement, des mouvements de la langue, du voile et des lèvres. Evidemment, mes opérés ont la voix rauque, mais cette voix est intelligible et l'un d'eux peut, depuis deux ans, exercer sans inconvénient la profession de conducteur de tramway.

Par contre, l'un d'eux a absolument besoin de son tube pour assurer la respiration. Au cours des accidents de laryngotyphus qu'il a présentés, il s'est produit une arthrite crico-aryténoïdienne qui a eu pour effet d'immobiliser les cordes vocales. Si on examine, en effet, le larynx par la voie supérieure, on voit que les deux cordes sont en contact et ne s'écartent pas lorsqu'on dit au malade de faire un effort d'inspiration. Dans ces conditions la présence du tube est indispensable pour assurer la régularité de cette dernière. Chez ce malade, on ne peut évidemment songer à

fermer l'ouverture cutanée du larynx, mais il n'en est pas ainsi chez les autres et leur refus ne repose que sur l'existence d'une véritable *phobie* de l'asphyxie. Chez l'un d'eux, cette phobie s'explique par l'échec d'une tentative de fermeture, échec que j'attribue, d'une part, à un affaissement de l'arc du larynx fortement altéré par le laryngo-tpyhus et, d'autre part, à ce qu'au lieu de recourir à une autoplastie, comme chez la malade de Sebileau, je me suis borné à aviver les lèvres de la plaie et à les rapprocher par des fils en U. Ce procédé m'avait donné un excellent résultat chez un autre de mes malades, mais chez ce dernier les parties molles du cou se trouvaient aspirées à chaque mouvement inspiratoire et cette aspiration oblitérait le larynx.

M. Pierre Sebileau. — Je remercie mon ami Sieur des explications qu'il vient de me donner. A tous égards, les malades dont il vient de nous rappeler les observations sont intéressants. D'abord, il résulte d'une manière évidente de ce que vient de nous dire Sieur, que ces malades parlent, soit avec leurs replis antéro-épyglottiques, soit avec leurs lèvres, puisque le drain dépasse par en haut l'appareil chordal et, d'ailleurs, par la pression latérale qu'il exerce sur cet appareil chordal, en empêche le fonctionnement. Ensuite, il convient de remarquer que les opérés de Sieur ont, par habitude, acquis une tolérance de la muqueuse laryngo-trachéale extraordinaire. Sur les malades qui ont été opérés à Lariboisière, même au bout de plusieurs mois, les pansements ont toujours été très pénibles (ce qui nous a régulièrement obligés, avant d'introduire le tube, à une anesthésie cocaïnée de la muqueuse); ils ont même été souvent pénibles pour le praticien qui, maintes fois, a dû recevoir sur le visage les mucosités expulsées par la toux réflexe.

Des fractures du rachis cervical chez les plongeurs,

par M. le Dr A. Dejouany,
Médecin-major à l'hôpital du Belvédère, à Tunis.

Rapport de M. Lejars.

C'est à une des questions les plus graves et les plus obscures encore de la chirurgie, celle du pronostic et du traitement des fractures rachidiennes, que nous ramène, une fois de plus, l'intéressant mémoire de M. Dejouany : il ne fait, d'ailleurs, qu'en esquisser les difficultés, et, comme lui, sans pouvoir la laisser

entièrement de côté, puisque, aussi bien, elle représente le but final de tout le reste, nous nous attacherons surtout à préciser le type de fractures cervicales qu'il décrit : la fracture des plongeurs.

Elle n'est pas inconnue ; la première observation remonte loin : c'est celle de Reveillon, citée par M. Malgaigne. D'autres se retrouvent, éparses, ici et là ; M. Dejouany en compte sept ; le nombre ne représente, sans doute, que fort incomplètement le degré de fréquence. Toujours est-il que l'accident n'est pas de notion courante, et qu'il vaut d'être étudié — d'autant mieux que les deux faits de notre confrère de l'armée témoignent de lésions vertébrales bien caractérisées et typiques.

Les voici, résumés :

Le 5 juin dernier, un soldat du train plonge dans un endroit du port qu'il ne connaissait pas ; il touche de la tête le fond rocailleux à moins d'un mètre de la surface. Il perd connaissance : on le tire de l'eau, on le ranime ; il se plaint de violentes douleurs à la nuque et aux épaules, il ne peut faire aucun mouvement. On le transporte à l'hôpital du Belvédère.

M. Dejouany constate, au sommet de la tête, à 5 centimètres en arrière du bregma, une vaste plaie du cuir chevelu, large comme la paume de la main, irrégulière et déchiquetée, laissant le périoste cranien à découvert. Pas d'hémorragie par le nez, la bouche ou les oreilles. Séance tenante, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, notre confrère procède à un examen soigneux de la plaie : il ne trouve aucune lésion, aucune fissure de la voûte cranienne.

L'exploration de la colonne vertébrale révèle une douleur très vive au niveau des 5e et 6e cervicales, sans déformation ; par le pharynx, on provoque aussi, très bas, à bout de doigt, une douleur nette sur le devant de la colonne, sans constater de saillie anormale ; les mouvements du cou sont absolument impossibles.

Paralysie flasque et complète des membres inférieurs, des muscles de l'abdomen, des intercostaux ; aux membres supérieurs, les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, les muscles intrinsèques de la main, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, les supinateurs sont épargnés ; le membre supérieur est en abduction et légère rotation externe ; les mouvements de l'épaule, du bras, du coude sont, en grande partie, conservés ; la tête et le cou sont indemnes.

Anesthésie, complète aussi, aux membres inférieurs, à la paroi abdominale, remontant jusqu'aux mamelons ; anesthésie des mains, des avant-bras et des bras, à leur face interne ; la sensibilité persistant, intégrale ou atténuée, à la face externe. Pas d'anesthésie aux épaules, au cou et à la tête.

Réflexes totalement abolis au-dessous de la lésion, sauf le réflexe crémastérien, du reste un peu affaibli.

Paralysie de la vessie et du rectum ; pénis en demi-érection constante.

Le diaphragme fonctionne, mais la respiration est lente et pénible; pouls plein et régulier, à 92; pas d'ecchymose conjonctivale; léger myosis et nystagmus horizontal.

Le lendemain matin, la température est de 39°6; elle est de 40 degrés le soir. Une ponction lombaire est pratiquée: elle donne 15 centimètres cubes de liquide fortement sanglant.

On porte le diagnostic de fracture probable des 5[e] et 6[e] cervicales, avec rupture complète de la moelle correspondante. On se borne à maintenir le blessé aussi bien immobilisé que possible.

Le surlendemain, température: 38 degrés le matin, 39°3 le soir; pouls moins bon, un peu irrégulier; somnolence; persistance des

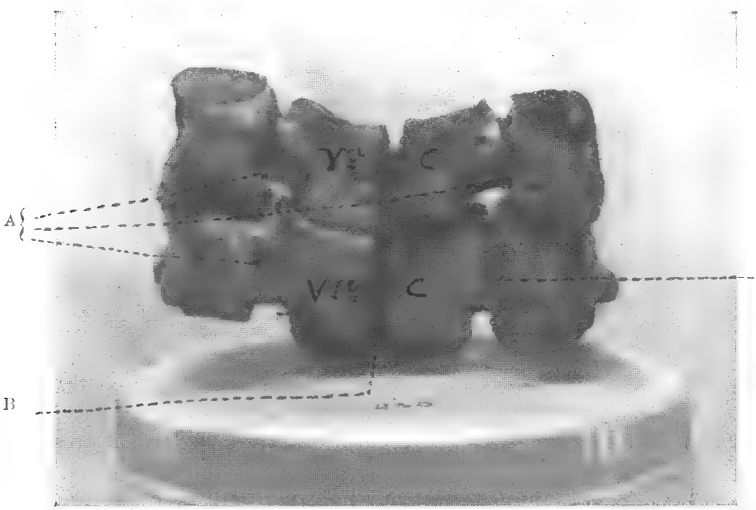


FIG. 1. — Fracture des 5[e] et 6[e] cervicales : face postérieure des corps vertébraux (lames enlevées).

A. Les trois traits de fracture des lames. — B. Trait de fracture, vertical, postérieur, des corps. — C. Fracture artificielle faite pour dégager le canal médullaire.

paralysies et de l'abolition des réflexes; extension de l'anesthésie. Une seconde ponction lombaire ramène 15 centimètres cubes de liquide un peu moins coloré en rouge. Après une nuit délirante, la respiration devient de plus en plus rapide et pénible; l'asphyxie se prononce; la mort survient, 66 heures après l'accident.

Je relate immédiatement la seconde observation, due à M. le médecin-major Loubet, et qui est toute semblable:

Le 25 septembre dernier, un chasseur d'Afrique plonge, d'un lieu élevé, en un point où la profondeur de l'eau n'était que de 60 centimètres environ. Il ne perd pas connaissance, mais il ressent une vive

douleur à la nuque, et ne peut se relever. A l'hôpital du Belvédère, où il est transporté, on ne découvre aucune lésion, superficielle ou profonde, de la voûte cranienne, mais, au niveau de la 5e cervicale, un point très douloureux et un notable enfoncement; la 5e apophyse épineuse est mobile latéralement. Par le toucher pharyngien, on constate, à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité de l'atlas, une sorte de gonflement douloureux.

Les paralysies motrice et sensitive sont complètes aux membres inférieurs et à l'abdomen; elles sont réparties, comme dans le fait précédent, aux membres supérieurs: le cou et la tête sont indemnes. Paralysie du rectum et de la vessie; abolition de tous les réflexes.

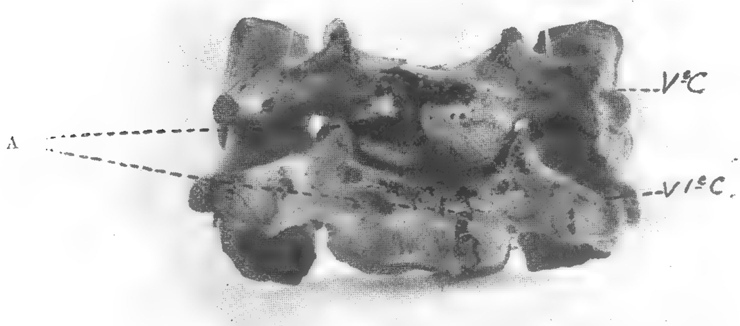


Fig. 2. — Fracture des 5e et 6e cervicales : face antérieure des corps vertébraux.

A. Eclatement de la lame compacte; écrasement des corps.

Mouvements respiratoires précipités; myosis; pouls, 96; température, 38°4.

Une ponction rachidienne permet de retirer 20 c.c. de liquide sanglant.

Le blessé est immobilisé dans une minerve plâtrée, après qu'on a porté le diagnostic de fracture de la colonne cervicale, probablement au niveau de la 5e vertèbre, avec lésion profonde de la moelle.

Trente heures après l'accident, la mort survient, dans l'asphyxie, avec une température de quarante degrés.

Dans les deux cas, l'autopsie a été faite avec le plus grand soin et a révélé les mêmes lésions: fracture verticale du corps vertébral, fractures verticales des lames, intégrité du fourreau dure-

mérien, moelle en bouillie. Chez le blessé de M. Dejouany, elles portaient sur les 5e et 6e cervicales : les apophyses épineuses étaient intactes, non déviées ; les ligaments déchirés, mais non arrachés ; les lames de la 5e vertèbre présentaient deux traits verticaux, à leur union avec les apophyses articulaires ; celles de la 6e un trait, de même siège et de même direction, à gauche ; il n'y avait pas d'hématome extra-dure-mérien, pas de compression ni de coudure de la dure-mère ; la moelle était réduite à une bouillie sanglante, sur la hauteur des 5e et 6e cervicales. A la face supérieure des deux corps vertébraux, on constatait une fracture verticale, « exactement médiane », profonde de 4 à 5 millimètres ;

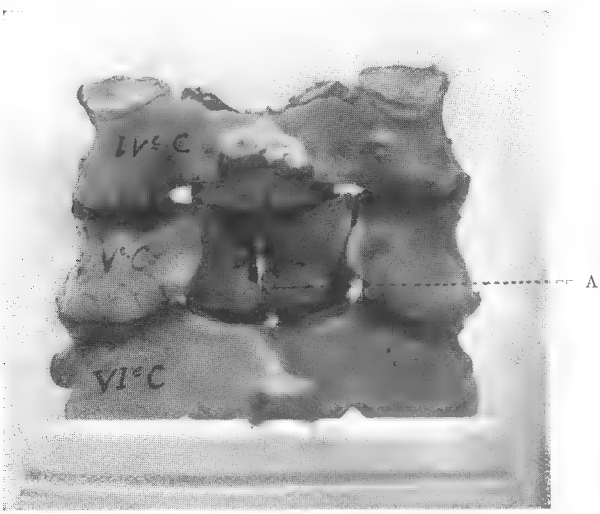


Fig. 3. — Fracture de la 5e vertèbre cervicale (lames enlevées).

A. Trait de fracture médian, vertical, divisant le corps vertébral dans toute son épaisseur.

à la face antérieure, « des traces d'écrasement, la lame compacte étant éclatée en plusieurs points et montrant le tissu spongieux désorganisé et infiltré de sang ». Chez le blessé de M. Loubet, on relevait également trois traits verticaux lamellaires, et, sur la face postérieure de la 5e cervicale, une fracture verticale, intéressant la vertèbre dans toute son épaisseur (fig. 3) ; sur la face antérieure, on notait aussi un « écrasement notable, avec écaillement de la lame compacte, mettant à nu, sur plusieurs points, le tissu spongieux sous-jacent ». Même état de la dure-mère et de la moelle, pas de compression ni de coudure.

L'exposé de ces lésions conduit tout naturellement à la recherche

du mécanisme. Un premier fait est à signaler d'abord : le siège de ces fractures cervicales des plongeurs; dans les autres faits connus, comme dans les deux observations relatées par M. Dejouany, la fracture occupait la zone cervicale intermédiaire à la 4ᵉ et à la 7ᵉ vertèbres, d'ordinaire la 5ᵉ ou la 6ᵉ. Certaines raisons anatomiques justifient cette localisation, et les conditions dans lesquelles l'accident se produit permettent de s'en rendre compte.

Comme y insiste M. Dejouany, « le plongeur qui rencontre très près de la surface de l'eau un fond résistant contre lequel il vient buter, n'est pas absolument assimilable à l'accidenté qui se fracture le rachis cervical en recevant un lourd fardeau sur la nuque ou même en faisant une chute sur la tête ». Il y a, d'abord, au début du plongeon, un effort musculaire, qui « donne au corps lancé une vitesse initiale, dont est fonction la force vive qui va animer le corps-projectile du plongeur ». Or, cette force vive est considérable, et mesure l'intensité du choc, au fond de l'eau. De plus, lorsqu'on plonge, bras en avant, tête fléchie, tout le corps est fixé dans l'axe par la contraction des muscles, de la nuque, du tronc, des membres, et, grâce à cette rigidité, le choc pourra se transmettre à travers le crâne, sans y créer de lésion locale : ce n'est qu'au niveau du point faible de la colonne, à la hauteur des 5ᵉ et 6ᵉ cervicales, qui sont les vertèbres les plus mobiles du rachis, que le choc transmis se traduira par des lésions osseuses.

Quel est le mécanisme direct de ces lésions? Sont-elles dues à l'écrasement ou à l'arrachement? M. Dejouany attribue, du fait de la direction des fractures et de l'attrition des corps vertébraux en avant, le rôle principal à l'écrasement; il admet que, « sous la poussée énorme du traumatisme, le corps vertébral commence à se fracturer verticalement sur sa face médullaire », et la déhiscence se prolonge plus ou moins loin, jusqu'à séparer le corps vertébral en deux moitiés. Tout peut en rester là; mais, « si la force traumatisante continue son action, le canal rachidien subira un diastasis énorme, un élargissement considérable de son diamètre transversal, et l'arc postérieur se rompra, à son tour, en ses points faibles, c'est-à-dire à l'union des lames et des apophyses articulaires ». On s'expliquerait enfin que la moelle fût tassée, écrasée, sous cet aplatissement transversal et temporaire du canal rachidien, au moment du traumatisme, sans qu'on rencontrât plus tard de compression localisée.

Toujours est-il que cette fracture cervicale des plongeurs semble représenter un type bien défini ; le crâne examiné était, du reste, absolument intact dans les deux cas étudiés, et la plaie du sommet, chez l'un des blessés, témoignait de la localisation initiale du choc et de sa transmission axiale.

Les désordres médullaires ne sont pas toujours aussi graves et aussi irrémédiables qu'ils l'étaient ici; MM. Jules et André Bœckel citent deux exemples de fractures cervicales, chez des plongeurs, « sans symptômes médullaires » : l'un appartient à M. Ringrose et date de 1904, l'autre à M. Sonnenburg. Il arrive, du reste, que « le plongeon » entraîne des accidents locaux beaucoup moins importants : chez un autre blessé de M. Sonnenburg, l'apophyse épineuse de la 5e cervicale était seule fracturée; il y a aussi des entorses, des ruptures musculaires partielles, et, en somme, tout un chapitre serait à écrire sur ces traumatismes de la plongée.

Dans la forme grave, étudiée par M. Dejouany, les paralysies affectaient le type brachial supérieur de Chipault et, comme notre confrère le fait remarquer, la question qui se pose toujours en pratique, c'est celle de savoir si la moelle est détruite, interrompue, irrémédiablement « perdue », ou simplement comprimée par de l'os ou du sang. Nous manquons de signes de certitude pour juger de la rupture complète de la moelle, et M. Pierre Delbet nous a montré, ici même, en 1901, que même la suppression totale des réflexes n'était point démonstrative à ce point de vue; MM. Bouin, Lambert et Sencert avaient indiqué, en 1909, comme un moyen d'appréciation, l'apparition rapide de la réaction de dégénérescence. Quoi qu'il en soit, le doute règne presque toujours, et ce doute est de nature à enrayer les tentatives d'intervention. On sait, du reste, et je pourrais aussi en donner des exemples, que certaines guérisons ou améliorations inattendues s'observent de temps en temps dans ces traumatismes vertébraux qui, de prime abord, par l'extension et la nature des désordres paralytiques, semblaient tout à fait irrémédiables. A quoi servira d'intervenir, si l'on ne trouve aucune compression locale? Sans reprendre cette question si discutée et si angoissante, je voudrais me contenter d'émettre une conclusion, qui me paraît ressortir aussi des observations de M. Dejouany : lorsque l'on constate des troubles paralytiques immédiats, très étendus et typiques, et que, d'autre part, l'examen vertébral ne révèle aucune déformation notable, c'est alors surtout qu'il convient de s'abstenir ou d'attendre, car on a les plus grandes chances de ne trouver, une fois la laminectomie faite, qu'une moelle écrasée ou contuse sur laquelle, en tout cas, on ne saurait agir utilement.

M. Routier. — Pour répondre à M. Lejars, qui se demande quelle est la meilleure conduite à tenir dans les cas de fractures de la colonne cervicale avec paralysie, je puis lui citer deux cas de ma pratique :

A l'époque où le cirque Barnum travaillait non loin de Necker, on apporta dans mon service un acrobate qui était tombé sur la tête en faisant le saut périlleux pendant qu'il franchissait une série d'éléphants.

C'était un superbe garçon de vingt-sept à vingt-neuf ans : paralysé des quatre membres, ne respirant que par son diaphragme ; ayant conservé toute sa lucidité ; se voyant infirme, il me pria de tenter à tout prix une opération pour lui rendre si possible l'usage de ses membres.

Il avait une très nette déformation de la colonne cervicale, je diagnostiquai : luxation avec ou sans fractures.

Je tentai la réduction après avoir mis à nu la colonne cervicale au niveau des 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres ; il me fut facile de voir que toutes mes tentatives seraient vaines, je dus abandonner les choses en état, et le malade mourut le troisième jour.

Je pus faire l'autopsie : il y avait fracture des 4e et 5e cervicales, les corps vertébraux étaient comme écrasés, le pédicule fracturé d'un côté, pendant qu'il y avait luxation en avant des apophyses articulaires de la 4e sur la 5e vertèbre, luxation qui avait permis à ces apophyses de s'accrocher par le rebord de leurs surfaces articulaires, de telle sorte que la colonne cervicale séparée de toutes les parties molles, il m'était impossible de réduire la luxation.

La moelle était du reste écrasée, je n'aurais donc en aucun cas obtenu de résultat.

Peu de temps après, on amenait du même cirque un Japonais qui, par le même mécanisme, semblait avoir la même lésion que son malheureux camarade.

Instruit par le cas précédent, malgré la déformation de sa colonne cervicale, malgré la paralysie complète de ses quatre membres, je me contentai de le placer dans une gouttière de Bonnet, et j'attendis.

Il séjourna dix mois dans mon service ; petit à petit les accidents s'amendèrent, la sensibilité, les mouvements reparurent, et il put regagner le Japon, ayant l'aspect d'un hémiplégique à peu près guéri.

Je me suis promis depuis d'être très réservé dans les fractures ou luxation du rachis.

M. Tuffier. — J'ai eu l'occasion de voir cet été même à Dinard un cas de fracture de la colonne vertébrale chez un plongeur.

Il s'agissait d'un jeune homme, dont voici l'observation qui a été rédigée par le Dr Badin (de Dinard) :

Le jeune Q... (L.), âgé de quinze ans et demi, ouvrier mécanicien aux Vedettes, est de constitution très robuste. Taille 1m78 ; poids, 75 kilogrammes. Il n'a jamais été malade. Il a un frère également très robuste.

Son père et sa mère, vivants et bien portants. On ne relève dans sa famille aucune tare pathologique, en particulier ni syphilis, ni tuberculose. A noter toutefois que Q...(L.) a été atteint, l'an dernier, après un bain de mer et pendant qu'il se rhabillait sur un rocher, « d'un étourdissement qui, dit-il, a failli le faire tomber à l'eau, et pendant lequel il a perdu connaissance ». Cela n'a duré que quelques instants. Depuis lors le blessé n'a pas repris de bain de mer jusqu'au 16 juillet 1911.

Le 16 juillet 1911, à 10 heures du matin, Q... (L.) se baigne en compagnie de quelques camarades. Lors d'une plongée, qu'il a faite, un peu à l'écart de ses compagnons, ceux-ci ne le voyant pas reparaître, accourent à sa recherche au lieu où il a disparu et, vu le peu de profondeur de l'eau ($0^{m}60$ à cet endroit), le retrouvent aussitôt. Il est couché sur le côté droit, la tête fortement fléchie en avant ; l'épaule droite et le cou ont dû porter sur une pierre incrustée dans le sol. Le blessé est inerte. Retiré de l'eau, il reprend connaissance, et au bout de quelques minutes, vomit quelques gorgées d'eau de mer, se plaint d'une forte douleur à la nuque et ne peut faire aucun mouvement de ses membres inférieurs.

Il ne peut préciser la cause de son accident. A-t-il plongé sciemment ? Est-il tombé ? J'insiste sur cette question à cause de l'incident survenu dans les mêmes conditions l'année précédente et signalé plus haut, et aussi à cause de l'intérêt qu'il y a à déterminer la cause initiale de l'accident d'aujourd'hui. — Je ne puis obtenir de réponse précise. Toutefois, le 1er août, le blessé répondra à M. le Dr Tuffier : « Je me rappelle avoir plongé. » Or, le blessé, enfant du pays, et mécanicien aux Vedettes, se baignait auprès du lieu d'accostage de celles-ci, en un endroit où la profondeur d'eau lui était parfaitement connue. Il faut donc admettre qu'il a eu l'imprudence de plonger dans une profondeur d'eau de $0^{m}60$, c'est-à-dire alors qu'il voyait le fond.

Examen du blessé.— Aucun symptôme, ou lésion du côté de la face ou du crâne. Respiration normale (bien qu'un peu superficielle, semble-t-il tout d'abord). Pouls petit, plutôt un peu lent (68 à la minute), remonte à 74 au bout d'une demi-heure. Température, 36°5. Le blessé se plaint seulement d'une sensation pénible de froid et de douleur à la nuque et aux épaules. La palpation révèle du gonflement assez marqué des tissus à la partie supérieure du cou. Il y a là de l'empâtement au milieu duquel on croit sentir une saillie osseuse, dont le siège répondrait à la 4e ou 5e vertèbre cervicale.

L'examen de la colonne cervicale est très pénible pour le blessé. Les mouvements passifs de la tête sont très douloureux, mais possibles. Les mouvements actifs impossibles, surtout ceux d'extension et de flexion (mouvements antéro-postérieurs). Le blessé peut, mais difficilement, faire quelques mouvements de ses *membres supérieurs*. Il peut fléchir ses avant-bras, les porter en supination, porter les mains à sa bouche, fermer les doigts sur un objet et le maintenir, seulement s'il est très léger. La *sensibilité* a disparu aux membres supérieurs, bras, avant-bras et mains, y compris l'éminence thénar, sauf une bande de sensibilité (très diminuée toutefois) sur la face externe du bras et de l'avant-bras, et plus particulièrement au membre droit.

La sensibilité persiste à la *partie supérieure du corps* jusqu'à une ligne transversale passant à trois travers de doigt au-dessus des mamelons.

Au-dessous de ce niveau, insensibilité complète, paralysie complète et disparition des réflexes des membres inférieurs. La verge est en érection.

Traitement institué. — Immobilité sur un plan horizontal, glace sur la nuque, bouillottes au corps. Champagne.

Revu dans la soirée, le blessé est dans le même état. Les mouvements qui persistaient aux membres supérieurs persistent toujours. La douleur cervicale a un peu diminué. Le blessé a pris un peu de champagne et de thé, n'a pas vomi et réclame de la nourriture. Il n'a pas été à la selle et n'a pas uriné. Le cathétérisme donne un demi-litre d'urine claire. Température, 36°9. Pouls, 72.

Le 17 juillet, l'état du blessé n'a pas changé. Il a eu une selle involontaire et dont il n'a pas eu conscience. Rétention d'urine. Cathétérisme ramenant une urine normale.

18 *juillet.* — Etat général moins satisfaisant, température 37°5. Un peu d'agitation. Toujours selles involontaires et rétention d'urine; toujours verge en érection. Je fais une ponction lombaire et retire 15 c.c. de liquide trouble qui, placés dans un tube à essai, laissent déposer en vingt-quatre heures un culot solide d'aspect rougeâtre, d'environ 0m002 de hauteur (liquide hémorragique). Le blessé ne peut être radiographié.

19 *juillet.* — Apparition de douleurs violentes aux régions sus-scapulaires et d'une plaque d'induration à la région sacrée. Menace d'escarre. L'érection de la verge a cessé.

22 *juillet.* — Apparition d'une petite escarre au talon gauche (qui se cicatrise en quelques jours) et à la région sacrée.

Toujours incontinence de matières fécales et rétention d'urine, qui devient trouble légèrement et par intervalles.

Apparition de crampes douloureuses et de contractions musculaires déterminant des secousses violentes des membres inférieurs. L'état général reste assez bon. Température, 37°2. Les mouvements des doigts sont abolis à droite et presque abolis à gauche. Les mouvements des bras deviennent de plus en plus lents et difficiles. L'anesthésie est complète aux membres supérieurs.

Le blessé a uriné seul et a une selle consciemment.

1er août. — Visite et examen complets en commun avec M. Tuffier.

Paralysie et insensibilité complètes des quatre membres. La partie supérieure du thorax conserve la sensibilité, le gonflement de la nuque a disparu. On sent nettement une saillie osseuse au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, surmontant une dépression.

Douleur à la nuque, mais seulement aux mouvements et à la pression. Douleurs survenant par crises, aux épaules, et dans les jambes, accompagnées de secousses musculaires dans ces dernières. Escarre sacrée. Le blessé a uriné et été à la selle.

Continuation du traitement. — Glace sur la nuque. Urotropine. Ins-

tillations vésicales à la solution de nitrate d'argent. Essai d'extension sur la colonne cervicale, mais que le blessé ne peut supporter.

Depuis lors et peu à peu le blessé a présenté les modifications suivantes dans son état.

A partir du 8 août, il n'a plus eu besoin de cathétérisme. Il urine et va à la selle consciemment. L'urine présente des alternatives d'infection qui cède assez facilement au traitement. L'amaigrissement est venu progressivement et est actuellement très marqué. (Les muscles des membres sont atrophiés.) Les escarres sont apparues au niveau de l'omoplate droite, des talons, et se sont cicatrisées rapidement. L'escarre sacrée, après avoir pris des proportions énormes en surface et surtout en profondeur, est actuellement comblée de bourgeons charnus, et très diminuée de surface. Son diamètre est actuellement de 12 centimètres environ. L'appétit est bon, la douleur est nulle au siège de la fracture. Le sommeil est bon. Les mouvements des avant-bras et des bras sont très lents et difficiles, mais persistent. Le blessé peut porter ses mains à son visage.

L'attitude habituelle des avant-bras est la pronation. Les doigts sont complètement paralysés en extension (paralysie flasque). L'annulaire de la main gauche est légèrement fléchi sur la main et capable d'un mouvement de quelques degrés dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Les secousses musculaires et les douleurs des jambes ont beaucoup diminué de fréquence et d'intensité.

Le blessé présente des alternatives de rougeur et pâleur de la face. La peau est devenue rugueuse, les extrémités ont desquamé.

Depuis quelques jours sont apparues des plaques eczémateuses à la face. Il y a quelques légères poussées fébriles.

M. Lejars vient d'aborder la question des indications et contre-indications de l'intervention opératoire dans les fractures de la colonne vertébrale. C'est un sujet beaucoup trop vaste et trop difficile pour être traité en question secondaire. Je suis intervenu autrefois dans deux cas de fracture de la colonne vertébrale. J'ai réduit les fragments, mais, vraiment, mon intervention n'a pas modifié la marche des accidents médullaires. Sans réprouver cette intervention, je crois qu'il faut en être parcimonieux, non pas que l'acte opératoire soit grave en lui-même, car j'ai fait de nombreuses laminectomies avec ouverture du fourreau rachidien (corps étrangers, résection de racine postérieure, abcès pottiques) sans accidents dus à l'opération, mais ici il nous manque en réalité une base pour établir une indication : c'est une affaire de diagnostic des lésions de la moelle bien plus que de procédé opératoire.

M. Kirmisson. — M. Routier a dit : « il n'y a ici, rien de spécial aux plongeurs ». Je ne partage pas cette opinion ; je crois que le

facteur spécial de la localisation et de la gravité du traumatisme, c'est la tension musculaire qui existe au moment de la plongée, et qui manque dans les chutes accidentelles sur la tête.

M. PAUL REYNIER. — Je voudrais appuyer ce que vient de dire M. Routier. J'ai eu l'occasion d'intervenir pour un malade que mon ami Souligoux avait envoyé dans mon service. Cet homme, en tombant sur la tête d'un point élevé, s'était fait une luxation de la 5e vertèbre cervicale, si j'ai bonne souvenance. Cet homme, avait une paralysie complète des quatre membres. J'ai essayé en intervenant de réduire cette luxation sans pouvoir réussir. J'ai cru devoir compléter en enlevant les lames vertébrales postérieures de la vertèbre luxée. Cette intervention ne sauva pas le malade, qui mourut.

J'ajoute que, comme M. Tuffier, j'ai cru devoir intervenir dans un certain nombre de fractures de la colonne vertébrale, et j'ai cherché à décomprimer la moelle, en faisant des résections de l'axe opéré. Tous mes malades sont morts très rapidement. Et à l'autopsie j'ai toujours trouvé, expliquant ces morts rapides, et l'absence de toute amélioration consécutive à mon intervention, une moelle diluente, en bouillie sanglante produite par l'hématome intramédullaire dissociant les éléments du névraxe; mon intervention m'a toujours paru aggraver le pronostic. Par contre, comme M. Tuffier, comme la plupart de mes collègues, j'ai vu guérir par le repos, l'immobilisation, des paralysies produites par des fractures vertébrales; probablement que le sang se résorbant peu à peu il se fait une restauration plus ou moins complète de l'axe médullaire.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je ne saurais partager l'opinion généralement exprimée contre l'intervention en matière de fractures du rachis. Il est évident qu'il est bien difficile de déterminer quel est l'état de la moelle chez le paraplégique. Mais la situation des malheureux blessés est si misérable que je ne me suis pas reproché une opération inutile dans les cas dans lesquels j'ai échoué, tandis que j'ai eu la bonne fortune de réussir parfaitement en un cas de paraplégie complète pour lequel j'étais intervenu aussitôt que, le choc passé, j'avais supposé que les phénomènes de compression pouvaient être modifiés.

Il est tout à fait inexact de dire qu'une déformation rend impossible le dégagement de la moelle. Sans réduire une fracture, on peut faire de la place à la moelle par devant.

Ce sont là des opérations laborieuses mais très faisables. Sauf le cas dans lequel il est avéré que la moelle est coupée, je suis très disposé à des tentatives très hasardeuses, je le veux bien,

mais que justifie la situation misérable de semblables blessés.

Les cas que j'ai pu suivre jusqu'au bout m'ont plutôt laissé le regret de ne pas être intervenu que la conviction qu'on aboutit à un bon résultat en n'intervenant pas.

M. Auvray. — Les fractures des plongeurs me paraissent être des fractures par flexion, ou du moins des fractures dans lesquelles la flexion intervient à un moment donné dans la production de la fracture. Il me semble que le siège de la fracture indiqué par M. Lejars n'est pas spécial à la fracture des plongeurs; j'ai observé à Ivry un sujet qui, à la suite d'une chute sur la tête du haut d'une toiture, présentait une fracture-luxation de la 4e ou de la 5e vertèbre cervicale (je ne saurais préciser laquelle exactement, étant donné que l'accident remonte déjà à quatre ans). Or, ici, la fracture présentait, avec la fracture des plongeurs, la plus grande analogie dans son mode de production. Toutes ces fractures doivent se produire, en somme, au point où la mobilité de la colonne cervicale atteint son maximum, c'est-à-dire de la 4e à la 6e vertèbre.

Dans les observations rapportées par M. Lejars, il y a un point particulièrement intéressant à signaler, c'est la division des corps vertébraux fracturés en deux moitiés latérales par un trait de fracture vertical. Ces traits de fracture verticaux sont tout à fait rares et leur mécanisme est assez obscur.

Dans le fascicule du *Traité de Chirurgie* que je publierai prochainement sur la chirurgie du rachis, j'en ai signalé et figuré un cas qui a été publié en 1905 par MM. Wavelet et Plisson et que je vous demande la permission de vous rapporter. Le trait de fracture vertical divisait le corps des 5e et 6e vertèbres cervicales dans le sens antéro-postérieur sur toute leur hauteur. Les corps vertébraux étaient divisés en deux moitiés à peu près symétriques. Les auteurs ont expliqué la production de la fracture de la façon suivante : « Le blessé est tombé sur le sommet de la région occipitale; la colonne vertébrale pouvait être assimilée à une tige rigide. Au moment de la chute, deux forces opposées se trouvaient en jeu : d'une part, la résistance du sol ; de l'autre, le poids du corps; ces deux forces agissaient en sens contraire; la 7e cervicale a servi de marteau, tandis que les quatre premières vertèbres cervicales immobilisées ont servi, pour ainsi dire, d'enclume. Le corps de la 5e cervicale, subissant le choc, a été fêlé dans toute sa hauteur sans esquille, et la 6e cervicale, se trouvant au point d'appui des forces opposées, a été, suivant le même mécanisme, séparée en deux moitiés et, de plus, a subi un mouvement de poussée en arrière qui a déterminé l'arrachement des lamelles

osseuses antérieures, dont les esquilles ont été retrouvées dans le ligament. » Le cas de MM. Wavelet et Plisson est absolument superposable aux cas de M. Lejars, puisque la fracture intéressait la région cervicale et au même niveau.

Ce n'est pas toujours une contusion ou un écrasement de la moelle qu'on observe au foyer de la fracture cervicale ; chez le blessé que j'ai soigné à Ivry, l'opération m'a permis de constater qu'il n'existait aucune lésion extérieure de la moelle ; celle-ci, du fait de la flexion, avait subi une élongation qui suffisait à expliquer les phénomènes de paralysie totale observés chez le blessé et auxquels, du reste, il a succombé rapidement.

Reste la question du traitement applicable aux fractures de la colonne vertébrale s'accompagnant de troubles nerveux. Cette question a fait l'objet d'une discussion importante au Congrès de Chirurgie français de 1909, où nous étions rapporteurs, Sencert et moi. Il semble que l'intervention chirurgicale hâtive, faite immédiatement après l'accident, ne soit pas de mise, à moins que la vie ne soit immédiatement menacée par une dislocation cervicale haute. Les cas sont nombreux où on aurait pu conclure à des lésions irrémédiables de la moelle, en examinant le malade peu de temps après l'accident, et où une atténuation rapide des symptômes s'est produite. Ce qu'il faut, c'est tâcher de trouver un moyen, comme l'a dit Sencert, dont je tiens à rappeler ici les expériences, qui permette de diagnostiquer la nature des lésions médullaires avant d'intervenir, car si ces lésions sont des lésions de destruction totale de la moelle, c'est-à-dire des lésions irréparables, il est tout à fait inutile de courir les risques d'une intervention toujours grave; et si au contraire il s'agit de lésions compressives, l'intervention s'impose. Or, il n'est pas possible, en s'appuyant sur les seules données cliniques, de trancher la question.

C'est l'incertitude du diagnostic qui, en somme, fait que certains chirurgiens conseillent dans le doute d'opérer toujours, d'autres de s'abstenir systématiquement. Dans les cas douteux Sencert conseille de recourir à l'*examen électrique*, qui seul pourrait dire si la moelle est complètement écrasée, c'est-à-dire définitivement détruite ou non. Si l'examen électrique répété dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'accident montre une perte absolue de l'excitabilité faradique avec réaction de dégénérescence rapide, la moelle est détruite, incapable de réparation ; il n'y a pas à intervenir. Si, au bout de quatre à cinq jours, on n'observe pas ces modifications profondes de l'excitabilité nerveuse et musculaire, on peut admettre une lésion partielle et la question de l'intervention se pose. Or, le délai de quatre ou cinq jours réclamé par Sencert est insuffisant pour que les lésions non

destructives de la moelle, c'est-à-dire les lésions de compression, deviennent irréparables, et pour compromettre les résultats de l'intervention ainsi légèrement retardée. Les faits cliniques et expérimentaux rapportés par Sencert au Congrès étaient suffisamment probants pour que cette nouvelle méthode de recherches soit prise en considération. Il serait intéressant de savoir si des faits nouveaux sont venus confirmer les premiers documents qui nous ont été fournis par Sencert.

M. Ch. Monod. — J'ai observé, il y a bien longtemps — car je me souviens que je vis le blessé dont je vais parler avec le professeur Vulpian — un jeune homme qui, en faisant le saut périlleux, tomba sur la tête.

Il fut immédiatement paralysé des quatre membres, comme dans les cas dont il vient d'être question. Mais nous ne sûmes jamais quelle fut exactement la lésion produite; il n'y avait aucun signe certain de fracture ni de luxation, en particulier aucune déformation appréciable. Vulpian pensa qu'il pouvait s'agir d'une simple élongation de la moelle, par flexion forcée de la colonne cervicale.

On n'opérait pas à cette époque les fractures de la colonne vertébrale. Je crois, du reste, que, même aujourd'hui, en l'absence de toute déformation, on se serait dans ce cas abstenu de toute intervention.

Il y avait eu évidemment flexion forcée de la colonne cervicale, et je crois, comme l'a dit M. Tuffier, que ce mécanisme suffit à expliquer tous les cas dont on vient de parler. Je ne comprends pas très bien comment la rigidité de la colonne par contraction volontaire des muscles faciliterait, comme on l'a dit, chez les plongeurs, la production de la lésion. Il semble, au contraire, que cette contraction musculaire devrait s'opposer au mouvement de flexion forcé, et, par conséquent, si elle était suffisamment énergique, protéger la moelle et non l'exposer davantage.

M. Walther. — Où siégeait exactement la plaie chez le malade blessé à la tête? En plein vertex ou vers la nuque? La connaissance de ce siège nous permettrait peut-être de nous rendre compte du mécanisme de cette fracture verticale tout à fait rare, comme l'a dit mon ami M. Auvray.

M. J.-L. Faure. — Je suis tout à fait du même avis que M. Lucas-Championnière lorsqu'il dit que la colonne vertébrale n'est pas un organe auquel nous devions renoncer à toucher. J'ai fait pour ma part cinq ou six opérations pour traumatismes vertébraux, et

voici la règle de conduite à laquelle mon expérience m'engage à me conformer.

Il y a deux sortes de traumatismes du rachis : ceux qui ne s'accompagnent d'aucune déformation, et ceux qui, au contraire, se manifestent par une gibbosité plus ou moins prononcée.

Aux premiers, il ne faut pas toucher. Il faut laisser à la nature, qui fait souvent bien les choses, le soin de réparer les lésions médullaires, et elle le fera souvent.

Mais lorsqu'il y a une déformation, il faut agir. J'ai opéré plusieurs malades dans ces conditions. La moelle est comprimée ou écrasée entre le corps vertébral, l'arc antérieur de la vertèbre située au-dessous du trait de fracture et l'arc postérieur de la vertèbre située au-dessus. En vérité, je ne vois pas pourquoi on n'irait pas décomprimer la moelle en enlevant l'arc vertébral postérieur. Car il ne s'agit pas, dans ces conditions, de réduire la fracture, mais bien, tout simplement, de décomprimer la moelle en faisant une lamnectomie postérieure, qui est, en réalité, fort simple et peu grave par elle-même. Si la moelle est simplement comprimée, sans lésions irrémédiables, on la mettra dans des conditions bien meilleures pour se réparer, et on aura des guérisons. Si la moelle est complètement écrasée, il est évident qu'on pourra n'avoir aucun résultat, mais on mettra la moelle dans des conditions telles qu'elle puisse se réparer spontanément, si elle est réparable.

Donc, en résumé, je pense que, lorsqu'il n'y a aucune déformation, il faut s'abstenir. Lorsqu'il y a une déformation, il faut, au contraire, agir en pratiquant une lamnectomie postérieure.

M. Tuffier. — Les malades chez lesquels je suis intervenu présentaient une déformation.

Présentations de malades.

Brûlures de la face. Cicatrices vicieuses. Massage.

M. le D[r] Leroy présente des malades ayant eu des *brûlures graves* et des *cicatrices vicieuses* de la face qu'il a traitées *par le massage.*

— La présentation de M. Leroy est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Savariaud est nommé rapporteur.

Tumeur du testicule.

M. le D[r] Descomps, chirurgien des hôpitaux, présente un malade qu'il a opéré *d'une tumeur maligne du testicule* (séminome), avec *ablation des ganglions iliaques.*

— La présentation de M. Descomps est renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Rieffel est nommé rapporteur.

Présentations de pièces.

Gros calcul du bassinet. Accidents d'hydronéphrose intermittente. Intervention. Guérison.

M. Lucien Picqué. — V... (Marie), vingt-trois ans, entre le 26 novembre 1911, salle Élisa-Roy, n° 24, à l'hôpital Lariboisière.

La malade éprouve des douleurs violentes, nettement localisées, dans la région lombaire droite.

A l'examen, on ne trouve ni rougeur, ni œdème, ni voussure appréciable à la vue.

A la palpation, on constate, dans la région lombaire, l'existence d'une tuméfaction profonde, volumineuse et douloureuse à la pression. A la palpation bimanuelle, elle présente une mobilité légère, et l'on perçoit très nettement le phénomène du ballottement rénal. Il est incontestable que cette tumeur a un siège rénal.

La palpation profonde de l'abdomen à droite, révèle également

une douleur que l'on retrouve constamment sur une ligne oblique en bas et en dedans vers l'épine pubienne et un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessous et en dehors du point de Mac Burney, c'est-à-dire au niveau du point d'élection pour la palpation de l'uretère. La percussion ne donne pas de renseignement spécial.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'une douleur très nette au niveau de l'abouchement, à la vessie de l'uretère droit.

L'état général de la malade est assez sérieusement atteint. Elle est pâle et amaigrie.

Il y a de la fièvre, la température oscille entre 37°2 et 38°5 ; la malade se plaint d'avoir eu des frissons.

Les urines sont peu abondantes, un peu foncées, ne contiennent pas de sang, mais sont très légèrement troubles.

Le lendemain, lorsque la malade est examinée de nouveau, elle déclare avoir eu, depuis la veille, des urines extrêmement abondantes, une véritable débâcle urinaire. Bien que la totalité n'ait pas été gardée, la quantité des urines dépasse, en effet, deux litres. Au fond du bocal se voit une épaisse couche de sédiments, qui, *a priori*, semble être du pus. Les urines sont d'ailleurs troubles dans leur ensemble. L'examen microscopique décèle la présence de pus.

La palpation nous révèle que la tuméfaction lombaire a presque disparu, c'est à peine si celle-ci réveille une légère douleur dans la fosse lombaire. La malade se trouve beaucoup mieux.

La température baisse, dans les jours suivants, sans tomber à la normale. Les urines restent plus abondantes; elles deviennent peu à peu moins troubles, et, le jour où la malade est opérée, on ne retrouve pas de pus.

La radiographie que je vous présente décèle la présence d'un volumineux calcul au niveau du rein pesant 36 gr. 40.

Histoire de la maladie. — La malade qui est de nationalité étrangère, répond difficilement à l'interrogatoire. Nous apprenons cependant que la plupart des phénomènes que l'examen nous a révélés remontent à environ six mois. C'est à cette date qu'elle fut prise brusquement de très violentes douleurs dans la région lombaire droite.

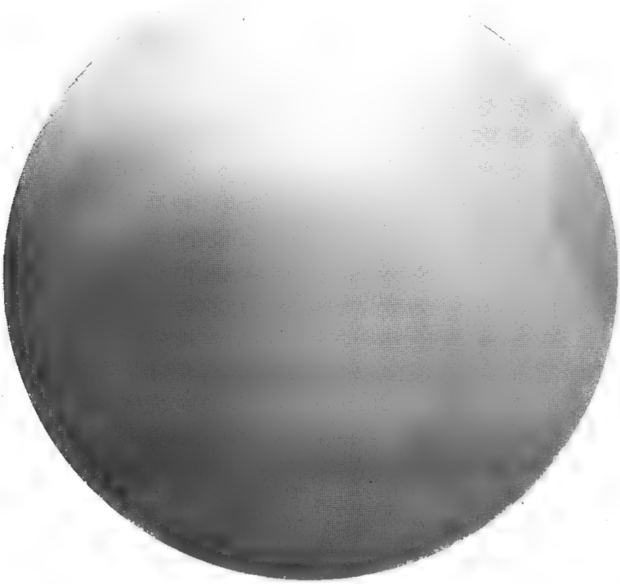
Ces douleurs survinrent sous forme de crise qui dura environ vingt-quatre heures. Très pénibles, elles s'accompagnèrent de vomissements abondants. Puis elles se calmèrent peu à peu au bout de vingt-quatre heures : en quarante-huit heures tout était terminé.

Il semble que ces douleurs aient peu irradié vers l'abdomen.

La malade n'est pas nette dans ses déclarations en ce qui concernerait une irradiation le long du trajet de l'uretère. Le point maximum en tout cas était assurément lombaire.

Trois semaines environ après cette première crise, tout phénomène ayant complètement disparu, une seconde crise survint encore dans les mêmes conditions et avec les mêmes caractères.

Depuis, toutes les trois semaines à peu près, dit la malade, ces crises se manifestèrent de nouveau, variant dans leur durée de



douze à vingt-quatre heures, et s'accompagnant un peu moins de vomissements que la première fois.

Elle dit n'avoir pas remarqué au cours de ces crises une diminution dans la quantité des urines. La malade ne signale aucune hématurie.

Depuis un mois environ, les urines, d'après la malade, seraient restées constamment troubles.

Il aurait persisté également un peu de gêne lombaire et, d'une façon générale, l'état de santé aurait été moins bon que d'ordinaire.

Enfin, une dernière crise débuta le 23 novembre, elle persista plus de quarante-huit heures, très violente, et c'est en raison de cela que la malade entra à l'hôpital.

Dans ses antécédents, nous ne retrouvons rien de particulier.

Elle est bien réglée, n'a pas eu d'enfant, n'a pas fait de fausses couches. Elle n'aurait jamais été malade.

Rien de spécial non plus dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le 5 décembre. Incision oblique allant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. On arrive difficilement sur le rein, qui, cependant, est notablement augmenté de volume et fluctuant en certains points. La capsule est adhérente, surtout par places. Le rein est attiré en dehors après décollement.

On sent un gros calcul au niveau du bassinet. Celui-ci est incisé directement : issue d'un volumineux calcul.

Le rein est consécutivement incisé sur son bord libre, mais il ne s'écoule que du sang. Le bassinet ne contient pas de pus, mais un drain est maintenu dans l'ouverture et fixé aux deux lèvres. Le rein est réintégré. Un autre drain est placé à l'angle inférieur de la plaie. Réunion des plans musculaires par trois points de suture.

Suture cutanée aux crins.

Suites opératoires. — La quantité d'urine est de 200 grammes environ par vingt-quatre heures. La malade urine par la plaie lombaire.

Au lendemain de l'intervention, la température s'est élevée à 38°4. Les jours suivants, elle oscille entre 37°2 et 38.

Dès le troisième jour, la température est tombée à la normale.

Aujourd'hui, 10 décembre 1911, la malade est complètement guérie.

Ingestion accidentelle d'un liquide corrosif. Brûlures étendues de l'estomac ; sténose pylorique consécutive. Gastro-entérostomie. Mort par épuisement. Autopsie.

M. E. Potherat. — Les pièces que je vous présente, messieurs, tant en mon nom qu'au nom du Dr Gabriel Potherat, chirurgien de l'hôpital privé Notre-Dame de Bon Secours, constituent l'épilogue d'une triste histoire d'ingestion d'un liquide corrosif qui a coûté la vie à un excellent ouvrier de vingt-huit ans, père de famille. Voici le fait.

Le 28 septembre dernier, cet homme étant à son travail, et voulant étancher sa soif, s'en fut prendre sa bouteille de boisson

déposée dans un coin un peu obscur de son atelier où il avait coutume de la placer sans doute pour la tenir au frais. Il porta le goulot directement à ses lèvres et but à la bouteille elle-même; mais, à peine avait-il absorbé une gorgée qu'il ressentit une horrible sensation de brûlure à l'estomac.

Ne comprenant rien à ce qui s'était passé, mais justement effrayé, il avala de suite de l'eau en abondance, pour faire cesser la sensation de brûlure, et s'efforça de provoquer des vomissements. Pendant ce temps, on avait l'explication de l'accident survenu. Une bouteille semblable à celle de notre homme avait été déposée à côté de la sienne, mais elle contenait de l'*esprit de sel* et devait servir à un travail de décapage, je crois. C'était à cette deuxième bouteille qu'avait bu notre homme.

On conduisit alors le malade chez un pharmacien, un médecin fut appelé qui administra un vomitif et fit un lavage de l'estomac.

Les douleurs s'atténuèrent un peu, le malade rentra chez lui et fut soumis au régime lacté, et à l'ingestion de magnésie, en même temps qu'on continuait quotidiennement les lavages de l'estomac.

Les choses marchèrent ainsi pendant quelques jours; il y eut bien de temps en temps un vomissement de lait, mais, somme toute, la situation semblait s'améliorer, et au bout d'une quinzaine le malade commençait à supporter les aliments solides auxquels il était habitué avant son accident, et déjà il entrevoyait le moment où il pourrait reprendre ses occupations régulières.

Mais cette amélioration ne persista pas au delà d'une quinzaine de jours. De nouveau se manifesta de l'intolérance gastrique. Le malade vomit tout ce qu'il prend, non pas aussitôt après l'ingestion, mais quelques heures plus tard. Quelquefois même les vomissements contiennent des ingesta datant de plusieurs jours. Seuls les liquides semblent passer, incomplètement d'ailleurs, et d'une manière intermittente.

En outre, les douleurs gastriques, qui s'étaient atténuées ou avaient même disparu, réapparaissent, s'accroissent, s'exaspèrent après l'ingestion d'aliments ou même de boissons, de sorte que le pauvre homme redoute maintenant l'absorption de tout liquide ou de tout aliment.

Les lavages de l'estomac sont de nouveau mis en œuvre; on donne du carbonate de bismuth, de la magnésie, des potions belladonées : rien n'y fait, l'état va s'aggravant.

Des signes d'inanition apparaissent : l'amaigrissement est rapide, les forces diminuent, les jambes fléchissent sous le poids du corps, la vue se trouble, des vertiges surviennent. Depuis le jour fatal du 28 septembre, notre malade, qui n'est pas de forte

taille, ni corpulent à l'état normal, a perdu plus de vingt kilogrammes de son poids.

Quand il se présente à l'hôpital de Bon-Secours, où nous avons l'occasion de l'examiner, il est dans l'état le plus lamentable : squelettique, la peau flasque, les extrémités froides, le pouls sans force, les battements du cœur mous, vomissant constamment des matières noirâtres ayant une forte odeur chlorhydrique, torturé par les douleurs internes, il nous supplie de l'opérer sans retard.

La nature du liquide ingéré au mois de septembre devait nous faire nous demander s'il n'y avait pas eu de brûlures de l'œsophage et si ce conduit était perméable. L'odeur des vomissements indiquait bien une origine gastrique; l'estomac était sonore sur une très vaste surface; il devait donc n'être pas rétracté. Enfin, l'exploration de l'œsophage, à l'aide d'olives, montrait qu'il n'y avait pas de rétrécissement de ce conduit.

Avant d'opérer, je voulus remonter les forces du malade au moins à l'aide de sérum, de lavements, d'huile camphrée, etc.; je voulus aussi faire un examen radioscopique de l'estomac qui, pour des raisons particulières, fut rendu impossible.

Nous jugeant d'ailleurs sinon complètement, du moins suffisamment éclairés sur l'existence d'une dilatation stomacale par sténose pylorique et cédant aux prières ou plutôt aux supplications de notre malade, nous décidâmes de pratiquer une gastroentérostomie postérieure.

Le ventre ouvert, nous pûmes voir les faits suivants :

L'estomac formait une vaste poche vers sa grosse extrémité. Au niveau du pylore et de l'antre pylorique, il y avait une surface étroite, ridée, ratatinée sur le pylore.

Passant la main derrière l'estomac, nous vîmes que cette partie de l'organe était retenue à la partie postérieure de l'abdomen par une vaste plaque d'adhérences. Là était bien l'obstacle au passage des aliments; sans perdre de temps en recherches plus prolongées, nous fîmes une gastro-entérostomie sur la face postérieure; l'opération fut laborieuse; l'estomac ne pouvait être amené au dehors, nous dûmes opérer dans le ventre, en partie sous la cage thoracique. Néanmoins, l'opération put être menée à bien relativement vite.

Les suites en furent simples; les vomissements cessèrent; le malade se déclara très soulagé; très rapidement, il put prendre un peu de lait; simultanément, on recourait au sérum artificiel, à l'huile camphrée, etc.

Mais, messieurs, notre intervention était venue trop tard. Notre homme était arrivé à la limite tolérable de l'inanition; il ne put se

relever et, quarante heures après l'opération, il succombait sans avoir présenté aucune complication.

L'autopsie nous a permis de faire les constatations suivantes :

A l'ouverture du péritoine, il n'y a pas trace d'inflammation de la séreuse. L'abouchement gastro-intestinal a été régulier, ainsi que vous pouvez le voir sur cette pièce; il était bien placé, suffisamment large, parfaitement uni sur toute sa périphérie; il n'y a à son niveau aucune manifestation d'une inflammation.

L'estomac se montra légèrement dilaté, coupé en avant, dans la région pylorique, par une vaste bande verticale, inflammatoire, inextensible, se continuant sur la face postérieure où elle s'étale, fermant l'arrière-cavité des épiploons et formant avec le petit épiploon une vaste nappe inflammatoire, allant jusqu'à la veine cave inférieure. Touchez cette pièce, messieurs, et vous verrez cette vaste propagation de l'inflammation constituant une sorte de tumeur aplatie, irrégulière ayant englobé le pylore, la petite courbure et tout l'antre pylorique.

Dans l'estomac, 150 grammes environ d'un liquide noirâtre, dont on retrouva la trace dans l'œsophage. Ce dernier conduit ne présentait ni ulcération ni rétrécissement.

L'orifice pylorique est rétréci par un étroit anneau cylindrique de quelques millimètres de longueur et mesurant 17 millimètres environ dans son plus grand diamètre sur 10 millimètres dans son plus petit. Sa demi-circonférence inférieure est saillante et forme un bord tranchant. Sur toute la surface antropylorique voisine, on voit les traces d'une vaste ulcération cicatrisée. A ce niveau, on trouve une grande surface ligneuse avec un noyau dur sur un point, surface ridée, comme rétractée sur elle-même, surface qui répond à la nappe inflammatoire postérieure.

Telle est, messieurs, l'histoire clinique, chirurgicale anatomo-pathologique que nous vous rapportons.

Je crois que nous pouvons dire, sans nous avancer trop, que la gastro-entérostomie faite plus tôt eût été susceptible d'amener un résultat favorable.

Il ne nous paraît pas douteux non plus qu'on doive rapporter à l'action du corrosif ingéré les accidents ulcératifs, inflammatoires, cicatriciels, rétractiles et sténosants qui se sont succédé dans le court espace de deux mois environ chez cet homme, absolument bien portant auparavant. Il y a, dans l'histoire de ces accidents, deux périodes : une première immédiate, qui est due aux lésions corrosives, ulcératives du liquide ingéré; une deuxième secondaire, répondant aux accidents de la sténose pylorique, par rétraction cicatricielle, à marche rapide.

Mais ce qui est remarquable, c'est que le caustique, qui a pu atta-

quer si fortement l'estomac dans sa région pylorique, a pu traverser la bouche, le pharynx, l'œsophage et le cardia sans les brûler. Il est probable qu'il était suffisamment dilué pour que son passage rapide fût sans inconvénients, et qu'il ne pouvait être corrosif que là où il stagnait quelque temps.

La Société se constitue en *Comité secret*, pour entendre la lecture des Rapports sur les candidatures au titre de *Membre associé* et de *Membre correspondant*.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Deux observations de M. GIRON (d'Aurillac), intitulées : l'une, *Chute sur la région temporale, plaie pénétrante, enfoncement de la paroi externe de l'orbite ; cécité et paralysie oculaire totale, trépanation ; guérison* ; — l'autre, *Volumineux kyste hématique intra-abdominal, probablement d'origine pancréatique.*

Renvoyées à l'examen d'une Commission dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

3°. — Une observation de M. LEGRAND (d'Alexandrie), intitulée : *Péritonite fibrinopurulente à diplocoques consécutive à une vulvo-vaginite chez une fillette de neuf ans. Laparotomie. Guérison.*

Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

4°. — Une observation de M. SOURDAT (d'Amiens), intitulée : *Ulcération de l'artère péronière par une exostose ostéogénique du tibia.*

Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. le Dr FRANCISCO DOMINGUEZ ROLDAN, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de La Havane, offre à la Société de Chirurgie diverses brochures ayant trait à des travaux personnels d'anatomie, de médecine opératoire, de pathologie chirurgicale, etc.

M. le Dr E.-F. BASHFORD, général superintendant of Research and Director of the Laboratory à Londres, offre à la Société :

« Fourth Scientific Report on the investigations of the Imperial Cancer Research Fund, under the direction of the College of Physicians of London and the Royal College of Surgeons of England. »

M. le Président. — J'adresse au Dr Francisco Dominguez Roldan et au Dr E.-F. Bashford les remerciements de la Société.

M. Ch. Monod dépose sur le bureau une observation de M. le Dr Le Jemtel (d'Alençon) intitulée : *Occlusion intestinale tardive par calcul appendiculaire. Intervention. Guérison.*

— Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. Arrou est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Du traitement de l'ostéite infectieuse.

M. Robert Picqué. — Je puis apporter un fait personnel à l'appui des conclusions du rapport de M. Walther, concernant la résection primitive dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë, et des observations de M. Kirmisson sur la régénération osseuse dont l'inconstance ne permet pas de compter toujours sur un résultat orthopédique favorable.

Un jeune colon me fut envoyé de Tlemcen, en 1909, par mon excellent camarade de l'armée, le médecin-major Mélot, dans le but d'essayer de remédier à la gêne fonctionnelle résultant pour lui de l'acquisition d'une main bote consécutive à une ostéomyélite aiguë du radius droit.

L'histoire de ce jeune homme est la suivante :

Ostéomyélite aiguë du radius, avec abcès ;

Incision de l'abcès et curettage du foyer.

Devant la persistance de la suppuration, après quelques semaines, résection d'un fragment diaphysaire long de 8 centimètres.

Résultat immédiat excellent, car la cicatrisation se fait en quelques semaines. Mais peu à peu la main se déjette vers le bord radial, et la gêne résultant de cette difformité s'oppose bientôt à tout usage du membre. C'est à ce moment que je vois le malade.

Ici, non seulement la résection, au lieu d'être primitive et systématique, a suivi méthodiquement l'essai d'un traitement plus conservateur, mais elle peut sembler justifiée par l'examen de la pièce, qui montre des lésions profondes de l'os et l'existence d'un séquestre dans le canal médullaire.

Néanmoins, à voir cet os hypertrophié et réagissant nettement

contre l'infection, on peut se demander si le laps de temps avait été suffisant pour juger de l'impuissance définitive du traitement conservateur, si la résection, pour n'être pas primitive, n'en avait cependant pas été trop hâtive, et si le simple évidement, en permettant tout à la fois l'ablation du séquestre et la conservation d'un demi-cylindre diaphysaire, n'aurait pas pu, aussi bien amener la guérison de la lésion, et mieux préserver le malade de la difformité consécutive.

En effet, la radiographie, faite au moment où j'observais le malade, montre l'insuffisance de la régénération à parer au dégât de la résection : deux stylets osseux convergent, impuissants d'une part à se rejoindre, d'autre part à éviter leur déjettement vers le cubitus voisin.

Telles sont les réflexions que peut suggérer ce cas, concernant le débat actuel sur la résection diaphysaire.

Permettez-moi maintenant de sortir une minute de la question présente pour résumer ce que j'ai tenté en faveur de ce malade, et compléter par là même son histoire.

Après avoir pris conseil de mes maîtres, de M. L. Picqué, qui offrit à ce malade l'hospitalité de son service, de M. Kirmisson, de M. Delbet, je me résolus, parmi les différentes transplantations possibles, à celle qui me parut la plus simple, à savoir celle d'un fragment du cubitus voisin.

L'opération consista à faire pivoter autour du ligament interosseux un fragment du cubitus égal à la demi-longueur du fragment radial manquant, à l'encheviller au stylet osseux supérieur introduit dans son canal médullaire, à le suturer au fragment radial inférieur.

La consolidation se fit complète en haut, où je pus suivre sous les parties molles le gonflement du cal qui se forma; en bas, une certaine mobilité persista, et cela malgré une deuxième intervention dans laquelle j'enrobai la zone mobile d'un lambeau du périoste tibial.

Néanmoins, malgré l'imperfection du succès anatomique, le résultat fonctionnel fut parfait.

Le malade reprit l'usage de sa main, et peut, depuis deux ans, dans un de nos grands magasins, manutionner journellement de lourds coupons de soieries.

Fractures des plongeurs.

M. PAUL THIÉRY. — A propos de la fracture cervicale chez les plongeurs, je désire produire quelques observations. D'abord en ce qui

concerne le mécanisme de ces fractures. Ayant beaucoup pratiqué l'exercice du plongeur, je puis dire qu'il existe plusieurs façons de plongeon et que, pour le même plongeur, il existe plusieurs temps du plongeon dans lesquels la tête doit se trouver successivement en flexion puis en extension; en aucun cas toutefois la tête et la colonne vertébrale ne représentent une tige rigide sans incurvation, et je comprends mal qu'on puisse, même en eau peu profonde, heurter du vertex le fond de l'eau si le plongeon *est volontaire*. Un très bon plongeur plonge la tête d'abord en flexion, mais à peine a-t-elle fendu l'eau, qu'il la redresse et que le corps représente alors un arc de cercle à convexité antérieure : la tête sort de l'eau presque au moment où les pieds y pénètrent, et l'on peut ainsi plonger même de haut dans une profondeur d'eau minime.

Cependant la présence dans la profondeur d'un corps, rocher, pierre volumineuse offrant un certain relief, peut accentuer ou la flexion de la tête au début du plongeon ou plus souvent son extension dans le deuxième temps du même exercice; dans le premier cas, je crois qu'il peut y avoir tassement des corps vertébraux et arrachement des masses vertébrales latérales et postérieures (lames); dans le second cas, il y aurait tassement de la partie postérieure des vertèbres en arrière du pédicule et arrachement des corps vertébraux par le puissant surtout ligamenteux antérieur, et peut-être même par l'adhérence des disques intervertébraux.

En ce qui concerne le traitement, je partage l'avis des orateurs qui, en l'absence de toute déformation du rachis, s'abstiennent, et qui interviennent au contraire s'il y a déformation importante du squelette vertébral.

Certaines lésions de la moelle, même graves, peuvent guérir spontanément à la longue et j'en possède un bel exemple.

Une jeune fille de dix-huit ans environ dansait une farandole lorsqu'elle perdit son soulier de bal; elle voulut se pencher pour le ramasser et fut violemment relevée par ses deux danseurs voisins qui crurent à une chute; elle put encore danser une ou deux secondes, puis tomba paraplégiée. Elle fut reconduite en voiture chez elle, et il ne me semble pas qu'on eût porté un diagnostic précis; quelques jours plus tard, elle fut examinée par le professeur Pitres, de Bordeaux; mais elle resta paraplégiée et je ne la vis qu'au sixième mois, paralysée, se traînant sur les tapis et ne pouvant marcher même avec des béquilles.

En l'interrogeant avec soin, je lui fis dire que, quelques jours après l'accident, elle avait présenté une ecchymose bilatérale des aines. Je fis alors le diagnostic d'entorse violente de la colonne vertébrale avec hématorrachis et probablement hématomyélie, puisque la paralysie persistait depuis six mois, et le professeur

Raymond confirma ce diagnostic. Il était trop tard pour intervenir même s'il se fût agi d'un hématorrachis seulement, et l'hématomyélie ne comportait, surtout aussi ancienne, aucune indication opératoire. Le traitement consista en mécanothérapie sur bicyclette suspendue, etc...

Au bout de deux mois, la jeune fille quitta Paris, marchant avec des béquilles ; j'ai su depuis qu'elle marchait d'abord avec des cannes, s'était mariée et pouvait faire une course assez prolongée : on voit donc que dans ce cas, de pronostic très grave, l'abstention avait été suivie d'excellent résultat.

S'il y a déformation importante du rachis, je crois qu'il est préférable d'intervenir, mais l'opération, grave par elle-même, présente des difficultés considérables. Cependant on pourrait utiliser une donnée que j'ai, en 1890, recueillie chez le professeur Alrik Lindh, de Gothembourg (Suède). Il m'avait fait remarquer que chez les pottiques paraplégiés il suffisait de les suspendre par la tête et légèrement par les épaules, comme dans l'application du corset de Sayre, pour voir les membres inférieurs recouvrer leur motilité pendant le temps que dure la suspension, c'est-à-dire le redressement de la courbure du rachis.

Je crois donc, bien qu'au premier abord la conduite puisse paraître hardie et hasardeuse (mais il s'agit des cas désespérés, comme l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière), que l'on peut pratiquer l'opération sanglante, laminectomie, suivie de réduction ou réduction sanglante sans laminectomie, suivant les cas, dans l'état de suspension qui ne contre-indique pas absolument l'anesthésie générale : la contre-extension produite par le poids du corps facilitera singulièrement les manœuvres de réduction, qui sur une table d'opération sont à peu près impossibles ; si la manipulation du blessé sur le lit est extrêmement dangereuse, j'estime qu'elle devient beaucoup plus bénigne en suspension et que dans cette attitude, aucun traumatisme supplémentaire de la moelle par les fragments déplacés n'est possible.

M. Lejars. — La discussion qui se termine aura, tout au moins, contribué à démontrer que la fracture du rachis cervical chez les plongeurs valait d'être étudiée comme un type particulier. M. Tuffier nous en a rapporté un nouvel exemple, où la terminaison fut heureuse, et, comme je le faisais remarquer dans mon rapport, la forme irrémédiable, à laquelle ressortissent les deux observations de MM. Dejouany et Loubet, n'est pas la seule, effectivement, qui s'observe : il y a toute une série de lésions vertébrales, de gravité variable, qui peuvent succéder au choc de la tête, dans la plongée. Quel en est le mécanisme, et, en particulier, comment s'expliquent

les fractures des corps vertébraux et des lames, et l'attrition de la moelle, dans les observations du genre de celles que je vous ai rapportées? Cette question vient d'être reprise par M. Thiéry; elle avait été discutée, à la dernière séance, par MM. Auvray et Monod; je ne crois pas qu'on puisse assimiler complètement, dans l'interprétation de ce mécanisme, les chutes sur la tête, banales, et l'accident du plongeur, et, avec M. Kirmisson, je continue à penser « qu'il y a quelque chose de spécial » dans ce dernier cas, et que la tension musculaire et la rigidité « axile » du corps, qui en procède, doivent intervenir pour « conditionner » la fracture. Dans les chutes sur la tête, banales, d'un lieu plus ou moins élevé, l'hyperflexion se produit, en effet, le plus souvent, et c'est la nuque, en réalité, qui supporte le choc; or, des expériences déjà anciennes, mais qui n'ont rien perdu de leur intérêt, celles que M. Ménard avait instituées pour sa thèse (1), ont démontré que la précipitation des cadavres sur la nuque est suivie de fractures rachidiennes, qui portent toujours sur la région dorsale, quelquefois, en même temps, sur le rachis lombaire, mais non sur le rachis cervical. Or, c'est la colonne cervicale qui est constamment intéressée, dans la fracture du plongeur, et comme nous l'avons vu, à la hauteur des 4e, 5e ou 6e vertèbres: la transmission du choc dans l'axe céphalo-rachidien, maintenu rigide par la contraction musculaire, semble donner la raison de cette localisation.

L'arrachement par flexion a peut-être quelque part dans les lésions consécutives, mais il semble bien que ce soit du tassement, de l'écrasement, qu'elles relèvent surtout: je noterai, du reste, que, sur les vertèbres traumatisées dont la figure a été reproduite dans le dernier Bulletin, avec la fracture verticale et médiane du corps, on constate, à la face antérieure, des éclatements de la lame compacte et des traces manifestes d'écrasement. Sans chercher à préciser plus qu'il ne convient ce mécanisme, on peut conclure que, à ce point de vue encore, la fracture rachidienne du plongeur a « sa personnalité », et nous devons savoir gré à M. Dejouany d'avoir rappelé sur elle l'attention.

Quant au traitement et aux indications opératoires, je n'en avais parlé qu'incidemment, mais je m'attendais à la discussion qui s'est produite; elle montre bien que la question n'est pas « faite » encore; il suffit de l'évoquer dans une assemblée de chirurgiens pour que les opinions s'entrechoquent. Je n'avais, du reste, nullement l'intention de préconiser l'abstention systématique; j'ai fait, moi aussi, des laminectomies pour fractures, et, si je puis dire, je ne demande qu'à en faire; mais ce qui déconcerte, ce qui arrête,

(1) J.-M.-A. Ménard. Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale. *Thèse de Paris*, 1889.

c'est l'impossibilité de savoir d'avance si la moelle est détruite, c'est l'éventualité d'ouvrir le canal rachidien pour constater purement et simplement des lésions irrémédiables. Le mal n'est pas grand, peut-être ; mais de pareilles interventions ne sont pas faites pour encourager. Aussi paraît-il assez sage de n'intervenir que dans les cas où une déformation vertébrale est de nature à faire tenir la compression fragmentaire pour la cause des accidents paralytiques, et j'ai été heureux d'entendre M. J.-L. Faure émettre, à ce point de vue, les conclusions que j'avais formulées, en terminant mon rapport. Peut-être aurons-nous, à quelque jour, des données meilleures, et une interprétation clinique plus exacte nous fournira-t-elle les moyens d'agir plus souvent et plus utilement.

Intervention immédiate après une ingestion d'acide chlorhydrique.

M. Mauclaire. — A propos de l'observation de notre collègue M. Potherat, concernant une intervention secondaire après ingestion d'acide, je crois intéressant de rapporter l'observation suivante dans laquelle j'ai tenté une *opération immédiate*. Il s'agissait d'une malade observée dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat. Elle avait avalé de l'acide chlorhydrique à sept heures, et j'ai eu à l'examiner à neuf heures et demie. La malade était dans le coma, le facies vultueux, la respiration stertoreuse et le ventre un peu ballonné. L'exploration de l'œsophage et l'évacuation de l'estomac étaient impossibles, je voulus tenter une laparotomie :

1° Pour évacuer le contenu stomacal;

2° Pour laver l'estomac avec une solution alcaline ;

3° Pour suturer l'estomac s'il y avait une perforation.

A l'ouverture du ventre, je constatai qu'il y avait déjà du liquide séro-sanguinolent dans la cavité péritonéale.

L'estomac était petit, rétracté sous le foie. Il y avait une perforation sur la paroi antérieure, perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Je me hâtai de drainer le péritoine, de drainer l'arrière-cavité des épiploons à travers l'épiploon gastro-colique et enfin de suturer la perforation stomacale directement à la peau. Je fis enfin une injection d'eau de Vichy dans l'estomac.

La malade succomba quelques heures après l'intervention.

A l'examen de la pièce, il n'y avait pas d'autres perforations; par places l'estomac est réduit à sa couche péritonéale.

A ce propos, j'ai fait une étude (1) complète des lésions et des

(1) Mauclaire. Exploration et opération gastro-intestinales « immédiates » après l'ingestion d'une quantité notable de substances caustiques. *Soc. anatomique*, octobre 1902.

opérations « immédiates » qui pouvaient être tentées, soit sur l'estomac, soit sur le duodénum, étude bien théorique, car, en dehors de mon observation, je n'ai pu trouver d'autres cas d'intervention « immédiate ». Théoriquement, on peut dire que si la quantité de liquide caustique est faible, la gastrorraphie peut éviter une perforation par suite de chute d'escharre, ou la gastrostomie en fixant d'emblée à la peau la perforation, permettrait peut-être de sauver le malade... souvent malgré lui, puisqu'il s'agit presque toujours de suicide. Vouloir attendre et tenter des lavages stomacaux, c'est perdre inutilement son temps et, de plus, souvent impossible, étant donné que le spasme concomitant du pharynx, de l'œsophage et du cardia empêche le cathétérisme.

Présentations de malades.

Greffe italienne du dos de la main pour rétraction cicatricielle des doigts.

M. SAVARIAUD. — Le jeune homme que je vous présente me fut conduit il y a un mois environ par son père et son patron, pour une impotence complète de la main droite consécutive à un arrachement de la peau de la face dorsale de la main et des doigts qui avaient été pressés entre deux cylindres dans une papeterie. La peau avait été en partie arrachée, en partie déchiquetée; les tendons extérieurs avaient eu à peu près le même sort. La plaie suppura, des bouts de tendons s'éliminèrent, dans une mesure qu'il m'était impossible de connaître; bref, au bout de trois mois, la plaie était cicatrisée, mais la main était complètement infirme, le sujet ne pouvant tenir aucun objet, si ce n'est en le prenant entre le pouce et l'index. La fonction de préhension était complètement abolie sans espoir de retour dans les autres doigts, principalement l'index et le médius, qui étaient fixés dans une position immuable par la rétraction cicatricielle.

La cicatrice sur le dos de la main mesurait environ 6 centimètres sur 6 centimètres, mais elle se prolongeait sur une longueur de 15 centimètres jusqu'au voisinage de l'ongle sur les doigts, au niveau de l'index dont la fonction était le plus compromise.

Le 5e doigt et le 4e étaient relativement peu déformés; néanmoins tout mouvement de flexion dans l'articulation métacarpo-phalangienne était impossible par suite de la fusion de la cicatrice avec le squelette.

Le 3e doigt et le 2e étaient subluxés dans leurs trois articulations et affectaient la forme de doigt en marteau à redressement

de la première phalange, flexion à angle droit de la 2e, hypertension de la 3e.

Tout mouvement de redressement était, je le répète, impossible, on aurait pu croire à une ankylose vraie des phalanges s'il n'avait été possible d'exagérer la déformation.

Je me demandais aussi, non sans anxiété, si les tendons extérieurs n'avaient pas été complètement détruits et s'il ne faudrait pas faire la ténoplastie.

Les choses heureusement se passèrent plus simplement que je ne l'avais craint. Je commençai par extirper complètement la cicatrice, partout où elle adhérait entièrement aux parties profondes, ce qui créa une perte de substance de 7 sur 7 environ. Ce faisant, j'eus soin de ménager les tendons, qui fort heureusement n'étaient pas détruits; après cela, je libérai complètement la face profonde des tendons d'avec les métacarpiens et les articulations. Je procédai alors à la flexion forcée des phalanges subluxées; ce mouvement ne put se faire sans rupture de la capsule articulaire sur sa face dorsale; les têtes des métacarpiens étaient à nu, une arthrite suppurée était à craindre. Je taillai alors sur la partie antérieure gauche de l'abdomen un lambeau ayant exactement la même largeur que la perte de substance et une longueur un peu plus grande, de façon à ménager un pédicule de quelques centimètres. Je suturai complètement la perte de substance et fixai le lambeau à la peau de la main et des doigts par de nombreux points de suture. Le 15e jour, je sectionnai le pédicule. Le 20e jour je fis quelques petites touches.

Actuellement, la cicatrisation est complète. Les doigts peuvent se fléchir dans leurs trois articulations et la préhension est devenue possible. Malgré l'ouverture des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius, il n'y a pas trace d'ankylose.

Comme l'index, qui était le plus gravement atteint, est encore subluxé dans sa troisième articulation et ne peut fléchir sa troisième phalange, j'ai l'intention de proposer à l'intéressé une petite opération complémentaire qui lui rendra presque complètement l'usage de son membre.

M. Ombrédanne. — Je pense qu'il y aurait eu avantage à prolonger l'application du lambeau italien jusque sur les articulations interphalangiennes ankylosées.

C'est une opération qui donne de fort bons résultats. J'en montrerai une dans la prochaine séance.

Enorme abcès par congestion fistuleux de la racine de la cuisse. Cachexie. Guérison complète et relèvement de l'état général.

M. SAVARIAUD. — Beaucoup de médecins, et non des moindres, pensent encore à l'heure actuelle que la tuberculose ne peut guérir que loin de Paris, soit à la mer, soit à la montagne ; aussi leur premier mouvement, en voyant une affection qui ressemble de près ou de loin à la tuberculose ostéo-articulaire, est de prescrire une station dont le choix est bien plus souvent dicté par la mode du jour que par une appréciation judicieuse des conditions climatériques. Hier, c'était la mer qui l'emportait ; aujourd'hui, il semble que ce soit la montagne.

Loin de moi la pensée de nier ou seulement de mettre en doute l'heureuse modification de l'état général et de l'état local qu'imprime l'action de l'air salé ou de l'héliothérapie, ce serait vouloir nier l'évidence ; mais ce que je tiens à affirmer et à bien établir, c'est qu'on peut, sans quitter sa ville natale, fût-elle Paris, guérir très simplement d'une manifestation très grave de la tuberculose osseuse. Je ne compte plus pour ma part, et je suis sûr que la plupart de mes collègues sont dans ce cas, les enfants qui ont guéri merveilleusement à l'hôpital Trousseau avec ou sans opération sanglante, alors que l'état général était si altéré et l'état local si grave que la terminaison fatale, ou tout au moins une grave mutilation telle que l'amputation d'un membre, semblait devoir s'imposer à brève échéance.

J'espère plus tard vous montrer les résultats éloignés de certaines opérations conservatrices, qui ne sont pas toujours aussi détestables qn'on veut bien le dire, à la condition de les regarder comme un pis aller et de ne pas vouloir s'attaquer à certains cartilages d'accroissement vraiment trop fertiles ; mais aujourd'hui je veux vous montrer un malade guéri dans les conditions les plus simples, c'est-à-dire par l'hospitalisation à Paris, par des pansements minutieux, par une bonne alimentation.

Cet enfant, âgé de 10 ans, fut admis, il y a près de quatre mois, salle Giraldès, muni d'un grand appareil plâtré avec le diagnostic de coxalgie suppurée et fistuleuse. Son état général était déplorable et l'abcès, qui contenait près d'un litre de pus, laissait sourdre ce dernier par plusieurs orifices de ponctions devenues fistuleuses. En réalité, ainsi que la suite l'a prouvé, cet enfant n'avait pas de coxalgie, mais seulement de la contracture du psoas. Peut-être a-t-il un mal de Pott, mais rien, dans l'examen clinique ni dans la radiographie, ne nous en donne la preuve. Nous dirons donc que cet énorme abcès était vraisemblablement d'origine osseuse, mais à point de départ inconnu. Notre pronostic fut des plus réservés ;

néanmoins, ayant observé plusieurs guérisons inespérées dans des cas analogues, je mis l'enfant à l'extension continue et prescrivis des pansements aseptiques aussi fréquents que l'exigerait l'abondance de l'écoulement, c'est-à-dire un, deux ou trois dans les 24 heures. Chaque fois on pratiquait l'expression du pus, de façon à évacuer autant que possible la poche. Sous l'influence de ce traitement bien simple, la suppuration a diminué rapidement et finalement toutes les ouvertures se sont cicatrisées.

Aujourd'hui, l'enfant est guéri de son abcès et de ses fistules, il marche sans boiter, sa colonne vertébrale est souple, son état général est si bon, que je me demande si c'est bien la peine de l'envoyer à la mer en convalescence.

Élections.

1° *Sept membres correspondants nationaux.*

Nombre de votants. . . . . . . 47.
Majorité absolue . . . . 24.

Ont obtenu :

MM.	Duval	39 voix.
	Hardouin	34 —
	Vandenbosche	34 —
	Michel	28 —
	Lapeyre	27 —
	Schmidt	27 —
	Abadie	26 —

M. le Président.— MM. Duval, Hardouin, Vandenbosche, Michel, Lapeyre, Schmidt, Abadie, ayant réuni la majorité des voix, sont élus *Membres correspondants.*

Ont obtenu ensuite :

MM.	Rastouil	19 voix.
	Guibal	19 —
	Sencert	17 —
	Soubeyran	14 —
	Marquis	11 —
	Le Moniet	9 —
	Legrand	9 —
	Tesson	5 —
	Regnault	1 —

2° *Un associé étranger.*

Nombre de votants. . . . . . . 40.
Majorité absolue . . . . 21.

M. Butlin (de Londres). . . . . 40 voix.

M. le Président. — M. Butlin est à l'unanimité nommé *Membre associé étranger.*

3° *Un correspondant étranger.*

Nombre de votants. . . . . . . 39.
Majorité absolue . . . . 20.

M. Lambotte (d'Anvers). . . . . 39 voix.

M. le Président. — M. Lambotte, ayant obtenu 39 voix, est élu *Membre correspondant.*

Il sera procédé à l'élection d'un second membre correspondant étranger dans la prochaine séance.

4° *Un Président pour l'année* 1912.

M. le Président. — M. Bazy, ayant obtenu 31 voix sur 35 votants, est élu *Président* pour l'année 1912.

5° *Un Vice-Président pour l'année* 1912.

M. le Président. — M. Delorme, ayant obtenu 28 voix sur 35 votants, est élu *Vice-Président* pour l'année 1912.

6° *Deux Secrétaires pour l'année* 1912.

M. le Président. — MM. Beurnier et Demoulin, ayant obtenu 26 voix sur 35 votants, sont élus *Secrétaires* pour l'année 1912.

7° *Un Trésorier.*

M. le Président. — M. Launay est élu *Trésorier* à l'unanimité.

8° *Un Archiviste.*

M. le Président. — M. A. Broca est élu *Archiviste* à l'unanimité.

La Société se constitue en Comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les Prix.

Le Secrétaire annuel,

E. Potherat.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1911

Présidence de M. JALAGUIER.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. DUVAL, médecin en chef de la marine, VANDENBOSCHE, médecin militaire, et LAPEYRE (de Tours), remerciant la Société qui les a nommés membres correspondants nationaux.

3°. — Une observation de M. LE JEMTEL (d'Alençon), intitulée : *Occlusion intestinale tardive par calcul appendiculaire. Intervention. Guérison.*

Renvoyée à l'examen d'une Commission dont M. ARROU est nommé rapporteur.

4°. — M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sir Henry Butlin, à qui j'avais fait part de votre vote de mercredi dernier, m'a chargé, dans une lettre que je viens de recevoir, de remercier les membres de la Société de Chirurgie et de vous dire qu'il est très sensible à l'honneur que vous avez bien voulu lui faire.

5°. — Une dépêche du Dr SAVARIAUD, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

Une note de M. le Dr TOUSSAINT, médecin-chef à l'hôpital militaire de Marseille, membre correspondant, sur les *Fractures du rachis cervical*. (Voir page 1422.)

Fractures des plongeurs.

M. Toussaint, *membre correspondant.* — A propos du rapport de M. Lejars, sur la communication de M. Dejouany, relative aux *fractures du rachis cervical chez les plongeurs*, les deux observations suivantes me semblent, vu leur intérêt clinique, devoir être versées au débat.

Il s'agit dans le premier cas d'un chasseur à pied, qui, travaillant avec d'autres dans une carrière, fut ensablé sous plusieurs blocs, qui s'émiettèrent, en tombant sur sa tête. Il fallut plus d'une heure pour oser aller l'en extraire, et l'apporter sur un brancard à l'hôpital de Saint-Mihiel, où je le vis deux heures après l'accident. A défaut de la gouttière de Bonnet pouvant emprisonner la tête, je le plaçai dans le décubitus horizontal sans traversin, mais le cou et la tête durent être calés dans un oreiller, pour éviter tout mouvement de la région cervicale. Celle-ci seule est assez douloureuse pour que le blessé ne veuille répondre à mes questions que par des mouvements de paupière. Il a conservé toute son intelligence; il est paralysé et anesthésié des quatre membres. Faisant la part de l'état de shock, je reporte au lendemain l'interrogatoire des réflexes et celui des sphincters. Mais, séance tenante, je constate avec l'index qu'il n'y a pas de saillie vertébrale dans le pharynx, et la pression du doigt n'est pas douloureuse. En revanche, le long du scalène antérieur gauche existe de l'empâtement et une saillie latérale régulière à grande courbure, qui explique l'air penché à droite, dont les assistants ont été frappés.

Insomnie douloureuse pendant la nuit; les muscles du cou sont contracturés ; émission volontaire en notre présence d'une urine ne renfermant pas de sucre.

Pour essayer de corriger cette déformation cervicale je prends la tête entre mes mains, formant étau, et je fais de l'extension comme pour la réduction d'une fracture. Cette manœuvre calme l'élément douleur sans corriger la saillie latérale gauche. A l'aide d'une mentonnière, j'assure l'extension continue de la tête avec un poids de 4 kilogrammes, et la sédation définitive de la douleur est ainsi obtenue.

Dès le troisième jour, la sensibilité et la mobilité reparaissent dans les quatre membres, et huit jours après, ils sont rentrés dans l'état normal.

Ce n'est qu'au bout de vingt jours d'extension continue que cet homme ose imprimer à sa tête de petits mouvements de

latéralité ; une légère saillie gauche au niveau des 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales persiste ; cessation de tout traitement.

Après un séjour de trois mois à l'hôpital, il fut réformé n° 1 avec gratification, une raideur de la région cervicale amenant une gêne fonctionnelle dans les mouvements de flexion et de rotation du cou.

La deuxième observation est celle d'un aspirant de l'École spéciale militaire qui, le 26 juin 1908, fit la cabriole, si justement désignée sous le nom de saut périlleux.

Son pied reposant dans les mains d'un solide camarade, pour lui aider à prendre son élan sur une espèce de tremplin élastique, il a manqué son coup, s'est mal reçu, et sa tête a piqué directement dans le sable de la carrière, où il avait tenu à faire cette acrobatie.

Les assistants, croyant à une fumisterie, avaient peine à croire à l'accident. Leurs exhortations restant vaines, ils durent le relever et l'apporter à l'infirmerie à cent mètres de là, où je le vis quelques minutes plus tard et l'immobilisai dans la longue gouttière de Bonnet, permettant l'emprisonnement de la tête.

Le blessé est en état de lipothymie, et couvert d'une sueur profuse, pouls ralenti 50, respiration lente, ni vomissements, ni épistaxis, ni otorragie, pupilles normales.

Le blessé s'immobilise et fait le mort, la douleur est angoissante lors du moindre mouvement communiqué à la région cervicale, et la pression même peu profonde de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre est suivie d'un cri.

La pulpe du doigt promenée dans le pharynx n'y révèle rien d'anormal et la pression des corps vertébraux ainsi accessibles reste indolore.

Résolution absolue des quatre membres, fourmillements dans les doigts, insensibilité à la piqûre, exagération de tous les réflexes ; le Babinski n'est pas positif, pas de trépidation épileptoïde des orteils.

Le lendemain, après une nuit calme et sans incontinence des sphincters, la résolution est déjà moins absolue pour les deux membres inférieurs, ils perçoivent la piqûre de l'épingle.

Pas de glycosurie, mais la rétention d'urine exige pendant quelques jours le cathétérisme de l'urètre.

Le surlendemain, 27 juin, les membres supérieurs eux-mêmes, non seulement sentent la piqûre de l'épingle, mais le malade commence à soulever les doigts et à détacher les mains du lit.

Cette amélioration rapide me semble contre-indiquer non seule-

ment toute intervention chirurgicale, mais même toute ponction lombaire; la contre-extension de la région cervicale n'a pas non plus son indication. Car, s'il y a à gauche le long du scalène une saillie régulière appréciable à la palpation profonde, le cou n'est pas déformé, et la douleur n'est éveillée que par la pression. Tel est aussi le sentiment de notre collègue le Dr Potherat, appelé alors en consultation.

Après un séjour de quarante-neuf jours, le blessé quitte l'infirmerie, pour se rendre en auto dans sa famille à Paris, où il devait être radiographié. L'épreuve a été assez floue pour que sa lecture ait été impossible.

En novembre, il rejoint l'École, entrant en deuxième année, pendant laquelle il fut exempté de voltige et d'escrime. Il satisfait aujourd'hui à toutes les obligations du service d'officier dans une garnison de l'Est.

Chez mes deux blessés, le traumatisme est loin d'avoir eu la violence extrême de celui qui résulte de l'acte de piquer une tête dans moins d'un mètre d'eau; il n'en a pas eu la conséquence inéluctable : fractures multiples de vertèbres, destruction de la moelle à ce niveau et mort rapide.

Mais ce traumatisme, saut périlleux, contusion par bloc de sable, a cependant produit un ictus cérébro-spinal alarmant, au moins pendant quarante-huit heures. Et à la disparition de ces symptômes généraux, on a pu se rendre compte, par la palpation profonde du cou, que l'axe vertébral, l'étui médullaire, au niveau des 3e, 4e et 5e vertèbres, était dévié, formant à gauche chez ces deux sinistrés, une courbe régulière, une saillie rendant plus superficiels les muscles scalènes.

Seule une radiographie bien faite eût pu donner la signature anatomo-pathologique de la lésion. Cliniquement, cette courbure ne saurait être autre chose que le résultat d'un tassement osseux, d'un télescopage de la partie droite de la colonne vertébrale. C'est précisément ce segment osseux qui localise le maximum de mobilité. S'il a cédé plus facilement à gauche dans nos deux observations, la cause n'en est-elle pas due à la musculature elle-même formant haubans? les muscles ayant moins de résistance à gauche qu'à droite, n'est-il pas fatal que le mât vertébral cède d'abord à gauche?

Mort de M. le professeur Lannelongue.

Allocution de M. le Président.

Messieurs,

La Société de Chirurgie, déjà si éprouvée pendant l'année qui finit, vient encore de perdre l'un de ses membres les plus éminents, le professeur Lannelongue.

Élu membre titulaire en 1872, M. Lannelongue ne tarda pas à se faire dans notre Société une situation très en vue. Travailleur infatigable, observateur rigoureux et sagace, esprit souple et pénétrant ouvert à toutes les idées nouvelles, il sut merveilleusement tirer parti, au profit de la clinique, des découvertes histologiques et microbiologiques.

Je ne serai pas démenti par ceux qui l'ont vu à l'œuvre dans son service de l'ancien hôpital Trousseau, de 1875 à 1889. Pendant cette période si féconde de sa carrière, il s'attacha, avec une opiniâtreté et une clairvoyance sans égales, à mettre de l'ordre dans un des chapitres les plus confus de la Pathologie chirurgicale, celui des affections aiguës et chroniques des os et des articulations. C'est de cette époque que datent ses travaux les plus remarquables publiés, la plupart, dans les Bulletins de la Société de Chirurgie.

Qu'il me suffise de rappeler ici les magistrales et lumineuses communications sur l'ostéomyélite aiguë et chronique; les mémoires sur les tuberculoses osseuses et articulaires, sur les abcès froids tuberculeux, sur les manifestations tardives de la syphilis héréditaire portant sur le système osseux, sur les affections et les malformations congénitales, etc., etc. Toutes ces questions restées obscures et confuses jusqu'à lui, il les a élucidées d'une manière éclatante. On pourra, peut-être, critiquer et discuter encore certaines de ses conclusions; il n'en reste pas moins acquis que les travaux de M. Lannelongue sont de premier ordre et que plusieurs ont un caractère définitif. Ils ont valu à leur auteur une célébrité universelle et justifiée.

M. Lannelongue présida la Société de Chirurgie en 1887. Il fut admis à l'honorariat en 1889.

Depuis cette époque, absorbé par d'autres occupations et d'autres devoirs, notre collègue se trouva peu à peu éloigné de la Société de Chirurgie. Il ne lui en resta pas moins fidèlement attaché. Nous en avons eu la preuve récemment, lorsque, fondant un prix international de Chirurgie, il voulut que dans les jurys

chargés de décerner ce prix la prépondérance appartînt à la Société de Chirurgie.

Messieurs, le professeur Lannelongue laisse une œuvre considérable; à certains points de vue il peut être regardé comme un novateur et même comme un créateur. Son influence a été grande sur plusieurs générations de chirurgiens; elle sera durable et le nom de Lannelongue restera. C'est un honneur pour la Société de Chirurgie de l'avoir compté dans ses rangs.

La séance est levée en signe de deuil.

La prochaine séance aura lieu le **3 janvier 1912**.

Le Secrétaire annuel,

E. POTHERAT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1911

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1911

A

B

C

D

E

F

G

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Ivan